



BRAKEMEIER | JACOBI (HRSG.)

Verhaltens- therapie in der Praxis

2. AUFLAGE

BELTZ

Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi (Hrsg.)

Verhaltenstherapie in der Praxis

| 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

BELTZ

Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Direktorin des Zentrums für Psychologische Psychotherapie (ZPP)
Universität Greifswald
Franz-Mehring-Str. 47 | 17489 Greifswald

Prof. Dr. Frank Jacobi
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Psychologische Hochschule Berlin (PHB)
Am Köllnischen Park 2 | 10179 Berlin

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29097-5 Print
ISBN 978-3-621-29098-2 E-Book (PDF)

2. Auflage 2025

© 2025 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Sandra Schönfelder, Andrea Glomb
Umschlagbild: jon_olmstead (Getty Images)
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Vorwort zur 2. Auflage	11
<i>Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi</i>	
Was wir tun, wie wir es tun – und warum: Verhaltenstherapie in der Praxis	17
<i>Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
I	Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung
Editorial	26
<i>Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
1	Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie
<i>Agnes Justen-Horsten</i>	
2	Schlüsselkompetenzen psychotherapeutischer Kommunikation und Beziehungsgestaltung
<i>Frank Jacobi • Katrin Hötzel</i>	
3	Motivorientierte Beziehungsgestaltung
<i>Franz Caspar • Martina Belz</i>	
4	Motivierende Gesprächsführung
<i>René Noack • Jana Mrose</i>	
5	Spezifische Beziehungsgestaltungstechniken aus neueren integrativen Methoden
<i>Eva-Lotta Brakemeier • Eva Faßbinder • Christian Stiglmayr</i>	
6	Umgang mit schwierigen Situationen zu Beginn einer Therapie
<i>Frank Jacobi • Jan Spies • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
II	Vom Erstkontakt zur Fallkonzeption
Editorial	106
<i>Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
7	Erstkontakt und Vorbereitung der Therapie
<i>Miki Kandale • Ruth Uwer • Frank Jacobi</i>	
8	Diagnostik zur Therapieplanung, Verlaufskontrolle und Ergebnisbewertung
<i>Frank Jacobi</i>	
9	Der psychopathologische Befund
<i>Tom Bschor</i>	
10	Verhaltensanalyse
<i>Peter Neudeck</i>	

11	Plananalyse	172
	<i>Franz Caspar • Martina Belz</i>	
12	Dimensionale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen	187
	<i>Johannes Zimmermann • Cord Benecke</i>	
13	Fallkonzeption und Therapieplanung	200
	<i>Joachim Kosfelder • Frank Jacobi</i>	

III Basistechniken der Verhaltenstherapie

	Editorial	214
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi</i>	
14	Psychoedukation	215
	<i>Stephan Mühlig • Antje Manthey • Jeannine Paulick</i>	
15	Verhaltenstherapeutische Hausaufgaben	226
	<i>Sylvia Helbig-Lang • Lydia Fehm</i>	
16	Ressourcenorientierung	240
	<i>Ulrike Willutzki • Tobias Teismann</i>	
17	Euthyme Techniken (Genusstherapie)	251
	<i>Rainer Lutz</i>	
18	Aktivitätsaufbau	263
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Marzena Mucha</i>	
19	Expositions- und Konfrontationsverfahren	270
	<i>Thomas Lang • Andre Pittig • Frank Jacobi</i>	
20	Kognitive Umstrukturierung und Verhaltensexperimente	290
	<i>Dominik Ülsmann • Andrea Ertle</i>	
21	Training sozialer Kompetenz	310
	<i>Nikola M. Stenzel • Anna Radkovsky • Anna-Maria de Veer</i>	
22	Problemlösetraining	326
	<i>Silja K. Schenk • Nikola M. Stenzel • Stefan Krumm</i>	
23	Kommunikationstraining	339
	<i>Sarah Weusthoff</i>	
24	Situationsanalyse	349
	<i>Eva-Lotta Brakemeier</i>	
25	Selbstmanagement	361
	<i>Dominik Ülsmann</i>	
26	Krisenintervention und Suizidalität	372
	<i>Tobias Teismann</i>	
27	Entspannungsmethoden	385
	<i>Thomas Heidenreich • Paula Kröger • Andrea Chmitorz • Johannes Michalak</i>	

28	Rückfallprophylaxe und Therapiebeendigung	397
	<i>Vincent Bohnacker • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
 IV Integrative Techniken in der Verhaltenstherapie		
	Editorial	408
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi</i>	
29	Achtsamkeit und Akzeptanz	410
	<i>Sabine Weidenfeller • Thomas Heidenreich • Johannes Michalak</i>	
30	Imagination	417
	<i>Laura Seebauer • Eva Faßbinder • Gitta Jacob</i>	
31	Imagery Rescripting	425
	<i>Helen Niemeyer • Christine Knaevelsrud</i>	
32	EMDR	431
	<i>Martin Sack • Eva Schäflein</i>	
33	Emotionsregulationstraining	440
	<i>Matthias Berking • Marie Keinert • Christian Aljoscha Lukas</i>	
34	Stuhldialoge	449
	<i>Gitta Jacob • Eva Fassbinder • Laura Seebauer</i>	
35	Selbstwertstärkende Techniken	458
	<i>Friederike Potreck</i>	
36	Körperfokussierte Techniken	471
	<i>Friederike Wardenga • Josephine Händel</i>	
 V Störungsorientierte Behandlung		
	Editorial	480
	<i>Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
37	Störungen der Intelligenzentwicklung	484
	<i>Claudia Köppen • Frank Jacobi</i>	
38	Autismus-Spektrum-Störungen	495
	<i>Martina Radtke</i>	
39	ADHS im Erwachsenenalter	505
	<i>Alexandra Philipsen • Marie-Christin Atzor</i>	
40	Psychotische Störungen	516
	<i>Tania Lincoln</i>	
41	Bipolare Störungen	530
	<i>Thomas D. Meyer • Claudia Lex</i>	
42	Depressive Störungen	539
	<i>Sarah Wyka • Nikola M. Stenzel • Simon Bollmann • Eva-Lotta Brakemeier</i>	

43	Angststörungen	556
	<i>Frank Jacobi • Andreas Poldrack • Peter Neudeck</i>	
44	Hypochondrie, Krankheitsangststörung und Krankheitsangst	567
	<i>Florian Weck</i>	
45	Zwangsstörungen	573
	<i>Rüdiger Spielberg • Eva Kischkel</i>	
46	Posttraumatische Belastungsstörung	583
	<i>Maria Böttche • Christine Knaevelsrud</i>	
47	Anhaltende Trauerstörung	596
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Hansjörg Znoj</i>	
48	Essstörungen	609
	<i>Brunna Tuschen-Caffier • Jennifer Svaldi</i>	
49	Somatische Belastungsstörung	623
	<i>Ricarda Mewes • Urs M. Nater</i>	
50	Störungen durch Substanzgebrauch	632
	<i>Sabine Rau</i>	
51	Störungen durch Verhaltenssüchte	644
	<i>Katajun Lindenberg • Astrid Müller • Rudolf Stark</i>	
52	Persönlichkeitsstörungen	652
	<i>Joachim Kosfelder • Frank Jacobi</i>	
53	Borderline-Persönlichkeitsstörung	672
	<i>Christian Stiglmayr</i>	
54	Insomnie	685
	<i>Elisabeth Hertenstein • Christoph Nissen • Dieter Riemann</i>	
55	Sexuelle Störungen und Probleme	695
	<i>Juliette Marchewka • Frank Jacobi • Kirsten von Sydow</i>	
56	Schmerzstörungen	707
	<i>Beate Ditzen • Sandra Kamping • Herta Flor</i>	

VI Integrative Weiterentwicklungen und die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie

	Editorial	720
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi</i>	
57	Kognitive Verhaltenstherapie und integrative Weiterentwicklungen: Chancen und Risiken	723
	<i>Frank Jacobi • Dominik Ülsmann • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
58	Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)	733
	<i>Mareike Samaan • Ronald Burian • Claudia Dambacher</i>	

59	Behavioral Activation (BA)	744
	<i>Ulrich Schweiger • Valerija Sipos • Jürgen Hoyer</i>	
60	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	755
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Rebecca Knoop • Simon Bollmann</i>	
61	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	769
	<i>Christian Stiglmayr</i>	
62	Emotionsfokussierte Therapie (EFT)	781
	<i>Lars Auszra • Imke R. Herrmann • Martin grosse Holtforth</i>	
63	Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	795
	<i>Rebecca Schneibel • Christine Scholz • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
64	Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)	810
	<i>Johannes Michalak • Sabine Weidenfeller • Thomas Heidenreich</i>	
65	Metakognitive Therapie (MCT)	823
	<i>Michael Simons • Tobias Teismann</i>	
66	Schematherapie (ST)	835
	<i>Eva Faßbinder • Gitta Jacob • Laura Seebauer</i>	
67	Training emotionaler Kompetenzen (TEK)	846
	<i>Matthias Berking • Lena Schindler-Gmelch • Christian Aljoscha Lukas</i>	
68	Well-Being-Therapie (WBT)	856
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Jan Spies • Nikola M. Stenzel</i>	
69	Prozessbasierte Therapie (PBT)	867
	<i>Karlin Hossner • Hicham Quintarelli • Marlon Westhoff • Stefan G. Hofmann</i>	

VII Verschiedene Gruppen und Settings: Diversität in der Verhaltenstherapie

	Editorial	880
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi</i>	
70	Verhaltenstherapie an der Schnittstelle zum Erwachsenenalter	883
	<i>Charlotte Jaite • Harriet Salbach • Babette Renneberg</i>	
71	Verhaltenstherapie bei älteren Patient:innen	889
	<i>Eva-Marie Kessler • Simon Bollmann • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
72	Geschlechtsspezifische Aspekte in der Psychotherapie	899
	<i>Juliette Marchewka • Frank Jacobi • Johanna Böttcher</i>	
73	Kultursensible Psychotherapie	911
	<i>Ulrike von Lersner</i>	
74	Verhaltenstherapie im Kontext der Klimakrise	923
	<i>Sarah Stapel • Eva-Lotta Brakemeier</i>	

75	Verhaltenstherapie bei Arbeitsproblemen	932
	<i>Beate Muschalla</i>	
76	Verhaltensmedizin	939
	<i>Johannes A. C. Laferton • Nikola M. Stenzel</i>	
77	Einbezug von Familien und Bezugspersonen in die Verhaltenstherapie	947
	<i>Sabine Ahrens-Eipper • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
78	Verhaltenstherapie in Gruppen	955
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Valerija Sipos • Ulrich Schweiger • Frank Jacobi</i>	
79	Digitale Interventionen	966
	<i>Thomas Berger • Jan Philipp Klein • Steffen Moritz</i>	

VIII Weitere Aspekte professioneller Praxis

	Editorial	980
	<i>Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
80	Datengestützte personalisierte Psychotherapie	982
	<i>Brian Schwartz • Eva-Lotta Brakemeier • Julian Rubel • Wolfgang Lutz</i>	
81	Aktive Gestaltung der eigenen therapeutischen Entwicklung	990
	<i>Frank Jacobi • Sarah Schulte • Haris Tüter</i>	
82	Ethik und Berufsrecht	1005
	<i>Martin Stellpflug • Frank Jacobi</i>	
83	Nebenwirkungen von Psychotherapie	1012
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Yvonne Nestoriuc • Frank Jacobi</i>	
84	Integration von Methoden und Verfahren	1024
	<i>Frank Jacobi • Timo Storck • Josua Handerer • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
Anhang		
	Literatur	1036
	Autorenverzeichnis	1110
	Über die Herausgeber:innen	1114
	Sachwortverzeichnis	1116

Vorwort zur 2. Auflage

Herzlich willkommen bei »Verhaltenstherapie in der Praxis«!

Angenommen, Sie begrüßen eine neue Patientin oder einen neuen Patienten – worauf wird sie oder er achten? Auf das Ambiente, in dem Sie empfangen? Auf das, was Sie sagen? Oder auf Sie als Person?

Wenn wir Sie als Leser:in dieses Praxis-Lehrbuchs willkommen heißen, stellen Sie sich vielleicht ganz ähnliche Fragen: Wie ist dieses Buch »gestaltet«? Was kann es mir Neues sagen? Wer sind die Menschen, die es geschrieben haben? Und: Warum überhaupt ein weiteres Lehrbuch zur Verhaltenstherapie?

Mit diesem Vorwort möchten wir genau diesen berechtigten Fragen nachgehen – und Ihnen erläutern, was dieses Buch auszeichnet und wofür es stehen soll. Die nun vorliegende 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage unseres Lehrbuchs weist einige Besonderheiten auf und setzt folgende inhaltliche und konzeptionelle Schwerpunkte:

- ▶ **Konsequent praxisorientiert.** Im Zentrum dieses Buches steht der Praxisbezug. Alle Kapitel enthalten Fallbeispiele, konkrete Formulierungen und Dialoge aus Psychotherapiestunden sowie klare Hinweise zur Umsetzung zentraler Strategien – ergänzt durch hilfreiche »Dos and Don'ts«, die typische Stolpersteine benennen. Die Auswahl und Darstellung der beschriebenen Methoden, Techniken und Strategien basiert auf einer soliden wissenschaftlichen Fundierung. Zugunsten der Praxisnähe wird auf eine umfassende Zitierung der Forschungsliteratur verzichtet; stattdessen finden interessierte Leser:innen gezielte Hinweise auf zentrale Studien, Übersichtsarbeiten und weiterführende Literatur.
- ▶ **Breiter Überblick über klassische und aktuelle Entwicklungen der Verhaltenstherapie.** Verhaltenstherapie ist ein sich dynamisch weiterentwickelnder Ansatz – mittlerweile die wissenschaftlich am robustesten abgesicherte Form der Psychotherapie und bei vielen Störungen Therapie erster Wahl. Dennoch sind Betroffene, Fachleute und Administrationen häufig unzureichend informiert, sodass kompetente Verhaltenstherapie nach wie vor zu selten durchgeführt wird. Dieses Lehrbuch intendiert, sowohl die klassischen verhaltenstherapeutischen Methoden und Techniken umfassend darzustellen als auch die neueren Entwicklungen seit den 1990er Jahren ausführlich zu präsentieren und (kritisch) zu diskutieren.
- ▶ **Vertiefung transdiagnostischer und allgemeintherapeutischer Aspekte.** Übergreifende Prinzipien wie Beziehungsgestaltung, Motivierung, das Eingehen auf die Lebenswelt der Patient:innen oder die kontextuelle Einbettung psychischer Störungen erhalten im Buch bewusst viel Raum – da sie für eine wirksame Psychotherapie unabhängig von Diagnose und Setting entscheidend sind.
- ▶ **Vielfältig einsetzbar in Studium, Aus- und Weiterbildung.** Die Kapitel dieses Buches decken zentrale Inhalte der universitären Lehre sowie der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung ab. Dank ihrer kompakten Struktur, der klaren Sprache und gezielter Verweise auf vertiefende Inhalte eignet sich das Werk gleichermaßen als

Lernplattform für Lehrveranstaltungen, Seminare, Prüfungen und eigenständige Fortbildung.

- ▶ **Ergänzt durch anschauliche Videobeispiele.** Psychotherapeutische Expertise lässt sich nicht allein durch Lesen erwerben – auch praktische Anschauung ist, abgesehen von eigenem praktischem Training, ein wertvolles Lernmedium. Ergänzende Videobeispiele mit direktem Bezug zu den jeweiligen Buchkapiteln finden Sie auf psychotherapie.tools/videos (Brakemeier & Jacobi, 2017). Zahlreiche Autor:innen demonstrieren hier als Video-Therapeut:innen zentrale Interventionen und Techniken und machen diese so auf lebendige und anschauliche Weise erfahrbar.
- ▶ **Besonderheiten der neuen Auflage.** Alle Kapitel wurden inhaltlich überarbeitet und auf den neuesten Stand der Forschung und Praxis gebracht. Dabei wurden zahlreiche neue therapeutische und wissenschaftliche Quellen integriert. Darüber hinaus wurden mehrere zusätzliche Kapitel aufgenommen, die oftmals konzeptioneller Natur sind und aus unserer Sicht zentrale Ergänzungen darstellen, um die Vielfalt und Tiefe verhaltenstherapeutischen Arbeitens noch besser abzubilden. Zudem orientiert sich die Neuauflage bereits an der aktuellen ICD-11, um die Leser:innen frühzeitig mit den neuen diagnostischen Standards vertraut zu machen.

An wen richten wir uns?

Anhand dieser Besonderheiten wird deutlich, dass unsere Zielgruppe prinzipiell alle Menschen sind, die sich für die Verhaltenstherapie bzw. Klinische Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie oder Psychosomatik interessieren. Auch sind natürlich Kolleg:innen aus Nachbardisziplinen eingeladen, dieses Werk zu rezipieren. Insbesondere richtet es sich an

- ▶ **Psychologiestudierende** in den Bachelor- und Masterstudiengängen mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie. Im Kontext der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (2019) sei darauf hingewiesen, dass dieses Buch in besonderer Weise für die in der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO) geforderte spezielle Störungs- und Verfahrenslehre (vgl. dort Anlage 2, Punkt 3) geeignet ist. Darüber hinaus bietet es eine fundierte Grundlage für die Vertiefung im Gebiet Verhaltenstherapie im Rahmen der fachpsychologischen Weiterbildung.
- ▶ **Psycholog:innen oder Ärzt:innen in psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildung,** die grundlegende klinisch-psychologische Kenntnisse (z. B. Störungslehre und Klassifikationssysteme, Einführung in psychotherapeutische Verfahren) bereits erworben haben,
- ▶ **erfahrene Praktiker:innen,** die sich kompakt über neuere Entwicklungen informieren und bereits erworbenes Wissen auffrischen möchten,
- ▶ **Supervisor:innen und Dozierende,** die Anregungen und Materialien für Lehre und Supervision erhalten möchten,
- ▶ **Wissenschaftler:innen** (ggf. auch Kliniker:innen), die den Praxisbezug nicht verlieren möchten,

- **Interessent:innen aus dem Gesundheitswesen**, zum Beispiel von Kostenträgern sowie aus der Verwaltung und der (Gesundheits-)Politik.
- **Betroffene und ihre Angehörige**. Möglicherweise vermag ein solches Lehrbuch auch, Betroffene und Angehörige über die Verhaltenstherapie samt ihrer verschiedenen Methoden und Strategien zu informieren und nützliche Hilfen für Entscheidungen bereitzustellen. Ansonsten stehen im deutschsprachigen Raum natürlich eine Vielzahl an Selbsthilfe-Büchern und Ratgebern (unterschiedlicher Qualität) sowie digitale Tools zur Verfügung. In jedem Fall wird es für Betroffene in Therapie sinnvoll sein, die schriftlichen Informationen noch einmal persönlich mit dem Therapierenden zu besprechen.

In den Kapiteln werden zwar überwiegend Situationen aus ambulanten Psychotherapien beschrieben, jedoch werden stets auch stationäre Konzepte sowie die Umsetzung in Gruppentherapien einbezogen.

Wer sind wir – und wer sind unsere Autor:innen?

Wir Herausgeber:innen haben uns 2012 im Rahmen unserer gemeinsamen Tätigkeit an der Psychologischen Hochschule Berlin (PHB) kennen und schätzen gelernt. Dort haben wir gemeinsam den postgradualen Studiengang Verhaltenstherapie aufgebaut, geleitet und kontinuierlich weiterentwickelt.

Unsere psychotherapeutischen Wurzeln liegen in der empirisch fundierten Verhaltenstherapie, mit der wir uns auch heute noch identifizieren. Gleichzeitig vertreten wir ein modernes, flexibles Verständnis dieses Ansatzes, das offen ist für Weiterentwicklungen und neue wissenschaftliche Impulse.

Zugleich denken und arbeiten wir schulenübergreifend und integrativ. An unseren jeweiligen Wirkungsstätten schätzen wir die Bereicherung durch Verfahrensvielfalt: An der Universität Greifswald streben wir im approbationskonformen Masterstudiengang Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie aktiv an, Verhaltenstherapie, psychodynamische und systemische Verfahren in Lehre, Forschung und Praxis gleichermaßen zu berücksichtigen. Die PHB blickt bereits auf eine langjährige Tradition zurück, in der alle drei Verfahren im »Haus der Psychologie« gleichberechtigt gelehrt, beforscht und angewendet werden.

Von Beginn unserer eigenen psychotherapeutischen Ausbildung und Tätigkeit an haben wir uns dem Selbstverständnis des »Scientist-Practitioner-Modells« verpflichtet gefühlt – einer Haltung, die wissenschaftliches Denken und klinische Praxis eng miteinander verknüpft. Bei der Auswahl unserer Autor:innen war es uns daher ein besonderes Anliegen, Kolleg:innen zu gewinnen, die diesen Anspruch teilen und mit fachlicher Tiefe und Praxisnähe zugleich überzeugen.

Glücklicherweise konnten wir auf viele langjährige Wegbegleiter:innen und kollegiale Freund:innen zurückgreifen – und zugleich im Rahmen dieses Projekts zahlreiche neue Autor:innen kennenlernen, deren Expertise und Perspektiven das Werk bereichert haben. Für die erste Auflage konnten wir insgesamt 105 Autor:innen gewinnen – eine Zusammensetzung, die in mehrfacher Hinsicht Vielfalt widerspiegelt:

- ▶ 50 % Frauen, 50 % Männer, Altersdurchschnitt: 44 Jahre (Spanne: 26–73)
- ▶ Ø 14 Jahre Praxiserfahrung in den jeweiligen Spezialgebieten
- ▶ 70 % approbierte Psychologische Psychotherapeut:innen (VT), ergänzt durch TP-Therapeut:innen, Fachärzt:innen, Psycholog:innen in Ausbildung sowie Fachvertreter:innen angrenzender Disziplinen
- ▶ Rund 50 % mit Zusatzqualifikationen, z. B. in Methoden der sogenannten dritten Welle oder traumatherapeutischer Ansätze
- ▶ Rund 40 % mit wissenschaftlicher Verankerung als Professor:innen sowie zahlreiche promovierte oder habilitierte Kolleg:innen

Für die vorliegende 2. Auflage konnten wir gezielt weitere Autor:innen mit spezifischer klinischer und forschungsmethodischer Expertise gewinnen – etwa im Bereich Systemischer Therapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder diversitätssensibler Psychotherapie. Dadurch wird das inhaltliche Spektrum nochmals erweitert und weiter an aktuelle Entwicklungen angepasst.

In memoriam

Mit großer Betroffenheit nehmen wir Abschied von Ulrich Schweiger und Andreas Pol-drack, die beide an der ersten Auflage mitgewirkt haben und zwischenzeitlich viel zu früh verstorben sind. Ihr Fachwissen, ihr Engagement und ihre menschliche Wärme haben unser Projekt nachhaltig geprägt. Wir widmen ihnen diese Neuauflage in dankbarer Erinnerung.

Besondere Anliegen

- ▶ **Gendersensibilität.** Wir verwenden den Gender-Doppelpunkt (z. B. Psychotherapeut:innen, Patient:innen). Indem wir eine diskriminierungssensible Sprache verwenden, sollen möglichst alle Menschen sprachlich sichtbar sein und angesprochen werden.
- ▶ **Fallbeispiele.** Unsere Fallbeispiele orientieren sich an realen Beispielen, die natürlich ausreichend anonymisiert wurden, sodass die Patient:innen nicht mehr erkannt werden können.
- ▶ **Gliederung des Buches.** Dem Umfang sowohl »traditioneller Verhaltenstherapie« als auch »neueren Ansätzen« geschuldet haben wir folgende Gliederung vorgenommen:
 - Teil I: Zum Einstieg: Die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung
 - Teil II: Vom Erstkontakt zur Fallkonzeption
 - Teil III: Basistechniken der Verhaltenstherapie
 - Teil IV: Integrative Techniken in der Verhaltenstherapie
 - Teil V: Störungsorientierte Behandlung
 - Teil VI: Integrative Weiterentwicklungen und die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie
 - Teil VII: Verschiedene Gruppen, Probleme, Settings: Diversität in der Verhaltenstherapie
 - Teil VIII: Weitere Aspekte professioneller Praxis

Jedem dieser Teile ist ein einführendes Editorial vorangestellt, das dabei unterstützen soll, sich kurz hinsichtlich der vielfältigen Inhalte zu orientieren. Besondere Aufmerksamkeit möchten wir auch auf die in allen Kapiteln angegebene weiterführende und vertiefende Literatur lenken – das Buch kann durchaus somit auch als »Plattform« für weitergehende Beschäftigung genutzt werden.

Wem möchten wir danken?

Das vorliegende Werk markiert den (vorläufigen) Endpunkt eines langen und intensiven Prozesses. Es konnte nur durch die engagierte Mitwirkung und vielfältige Unterstützung zahlreicher Menschen und Institutionen verwirklicht werden. Unser aufrichtiger und herzlicher Dank gilt daher:

- ▶ **Zuallererst unseren Autor:innen**, die unsere frühen wie späteren konzeptionellen Vorgaben mit großer Sorgfalt, Kreativität und Professionalität umgesetzt haben und damit den Kern dieses Lehrbuchs entscheidend geprägt haben.
- ▶ **Dem Beltz Verlag**, insbesondere **Andrea Glomb** und **Sandra Schönfelder** für ihre durchweg wohlwollende, geduldige und hochkompetente Begleitung. Ihre klugen Anregungen bei der Konzeptualisierung, die verlässliche Koordination sowie das sorgfältige Lektorat waren für die Umsetzung von unschätzbarem Wert.
- ▶ **Unseren Mitarbeiterinnen Sarah Stapel und Sarah Schulte**, die uns bei vielen redaktionellen, inhaltlichen und organisatorischen Aufgaben mit großem Engagement und Sorgfalt unterstützt haben.
- ▶ **All den Betroffenen**, die sich auf verhaltenstherapeutische Prozesse eingelassen und uns Einblicke in ihre Lebensrealitäten ermöglicht haben. Ihre anonymisierten Beispiele tragen erheblich dazu bei, dass dies kein theoretisches Lehrbuch, sondern ein wirkliches *Praxisbuch* geworden ist.
- ▶ **Unseren wichtigen beruflichen Wegbegleiter:innen und Mentor:innen**, die uns über viele Jahre hinweg begleitet, inspiriert und unterstützt haben. Auch wenn sie hier nicht einzeln genannt werden können, sind sie in unserem Denken und Arbeiten deutlich spürbar.
- ▶ **Den Kolleg:innen aus Fachgesellschaften und psychotherapielevanten Gremien**, insbesondere aus der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, der DGPPN sowie den Psychotherapeutenkammern, mit denen wir in einem stets bereichernden Austausch stehen und von deren Impulsen wir vielfach profitieren durften. Eva-Lotta Brakemeier dankt in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich dem Wissenschaftsrat für seine wichtigen Impulse.
- ▶ **Und schließlich: Wir danken uns gegenseitig.** Dieses Lehrbuch – das uns auch in der 2. Auflage streckenweise wie ein Mammutprojekt erschien – wäre ohne unsere gegenseitige Motivation, unser geteiltes Durchhaltevermögen und unsere immer wieder neu entfachte Begeisterung vermutlich nicht (fristgerecht) vollendet worden. Was uns verbunden hat, war und ist das gemeinsame Herzblut für dieses Projekt – ein Engagement, das hoffentlich auch für Sie als Leser:in spürbar und auf Resonanz stoßen wird.

Was gute Therapeut:innen ausmacht, ist Gegenstand intensiver Forschung. Neben der Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion gehört die fortlaufende theoretische Auseinandersetzung – insbesondere durch Fachlektüre – zu den am besten belegten Einflussfaktoren. Dieses Werk soll genau hier ansetzen: Es möchte Ihnen einen fundierten, praxisnahen Überblick über die Vielfalt moderner verhaltenstherapeutischer Ansätze bieten und Sie dabei unterstützen, Ihre therapeutische Expertise gezielt weiterzuentwickeln – ganz gleich, ob Sie sich am Beginn Ihrer Ausbildung befinden oder bereits auf eine langjährige Praxis zurückblicken.

Wir hoffen, dass dieses Buch Sie darin bestärkt, in der Vielfalt verhaltenstherapeutischer Strategien die jeweils passenden für Ihre Patient:innen zu identifizieren – und zu verstehen, warum sie wirken. Denn davon profitieren nicht nur Patient:innen. Auch Therapeut:innen erleben dadurch mehr Klarheit, Wirksamkeit und Zufriedenheit in ihrer Arbeit – und genau dazu möchten wir mit diesem Werk beitragen.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine anregende Lektüre und viel Freude bei der Erweiterung Ihrer verhaltenstherapeutischen Praxis!

Greifswald und Berlin, im Sommer 2025

*Eva-Lotta Brakemeier
Frank Jacobi*

Was wir tun, wie wir es tun – und warum: Verhaltenstherapie in der Praxis

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

Die Verhaltenstherapie verfügt heute über ein beeindruckend breites Repertoire: Von den klassischen verhaltensbasierten und kognitiven Techniken bis hin zu integrativen Strategien der dritten Welle, von störungsspezifischen Manualen bis hin zu allgemeinen Achtsamkeits- und Akzeptanzmethoden sowie interpersonellen Modulen, von Einzel- und Gruppensettings bis hin zu digitalen Tools – ergänzt um wachsende Erkenntnisse zu Prozess- und Wirkfaktoren, aus denen wir unsere Therapien entwickeln. Genau hier setzt »Verhaltenstherapie in der Praxis« an. Unser Buch verfolgt drei ineinandergreifende Anliegen, die sich wie Leitmotive durch alle Kapitel ziehen.

- ▶ *Was?* Wir öffnen den »Werkzeugkasten« und zeigen, was verhaltenstherapeutisch möglich ist – vom Erstgespräch bis zur Rückfallprophylaxe, vom Expositionstraining bis zur Emotionsfokussierung, von Einzel- über Gruppen- bis zu Online-Settings.
- ▶ *Wie?* Ein Praxiskompandium bleibt wertlos, wenn es nicht den Weg vom Lehrbuch ins Therapiezimmer ebnet. Deshalb beschreiben wir das »How to« mit didaktischer Klarheit: Schritt-für-Schritt-Anleitungen, Fallvignetten, Dos & Don'ts, typische Stolpersteine – immer mit Blick auf reale Behandlungsverläufe.
- ▶ *Warum?* Der Einsatz therapeutischer Methoden benötigt Sinn und Begründung, also einen konzeptionellen Blick auf das therapeutische Tun. Wir laden dazu ein, das eigene Handeln dahingehend zu reflektieren: Wozu wähle ich gerade diese Intervention für diesen Menschen in diesem Moment? Welche Mechanismen setze ich in Gang, welche Wirkfaktoren will ich zur Entfaltung bringen?

Um die letzte Frage stets im Blick zu behalten, denken wir in den Kapiteln zu Techniken und Strategien die Indikationen, Nebenwirkungen und eine kritische Einordnung stets mit. Darüber hinaus greifen wir in Editorials und einigen eigenen Kapiteln Metafragen auf: Welche Bedeutung haben Psychopathologie und Störungsorientierung für die Fallkonzeption? Welche Chancen und Risiken bergen integrative Weiterentwicklungen der Kognitiven Verhaltenstherapie – und was genau meint eigentlich »Psychotherapie-Integration«? Was kennzeichnet gute Therapeut:innen, was macht schlechte therapeutische Qualität und therapeutisches Fehlverhalten aus, und wie kann man die eigene therapeutische Entwicklung aktiv gestalten?

Verhaltenstherapie: Praxis und Wissenschaft

Wir möchten an dieser Stelle einführend einen kurzen Überblick über einige fachliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen geben, die aktuell die Praxis der Psychotherapie im Allgemeinen und die Verhaltenstherapie im Besonderen prägen. Diese spielen für das vorliegende Werk eine bedeutsame Rolle. Fragen zum Verhältnis von Wissenschaft und Praxis sind in der Psychotherapie – als akademischer Profession in selbst-

ständiger und eigenverantwortlicher Tätigkeit (vgl. Lilienfeld, 2005) – per se relevant. Dies betrifft unter anderem die folgenden vier Themenbereiche:

- (1) Wirksamkeit der Verhaltenstherapie im Wandel
- (2) Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren
- (3) Kluft zwischen Forschung und Praxis
- (4) Personalisierte Psychotherapie

Wirksamkeit der Verhaltenstherapie im Wandel. Wie im deutschen Sprachraum Mitte der 1990er Jahre in der Übersichtsarbeit »Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession« umfassend dargestellt wurde (Grawe et al., 1994), ist die Verhaltenstherapie in vielen Anwendungsbereichen und Varianten effektiv und hat gegenüber anderen Verfahren die meisten Wirksamkeitsstudien vorzuweisen. Sie darf damit schon lange den Anspruch erheben, in der Gesundheitsversorgung eine prominente Rolle einzunehmen. Seitdem sind viele weitere Studien hinzugekommen, was dazu führt, dass die Verhaltenstherapie in vielen Behandlungsleitlinien Eingang als (oftmals erste) Behandlungsmethode der Wahl gefunden hat. Auch jenseits der einzelnen Therapie, auf der übergeordneten Ebene der der Gestaltung der Versorgung (Integrating evidence-based psychological interventions into existing services; WHO, 2024) spielt die kognitiv-behaviorale Perspektive international eine so entscheidende Rolle, dass man sich sogar fragen mag, ob hier nicht eine Gefahr dahingehend besteht, dass andere, durchaus ebenfalls evidenzbasierte Traditionen zu stark in den Hintergrund treten (Leichsenring et al., 2024).

Gleichwohl müssen wir feststellen, dass eine wissenschaftliche Bewertung der Wirksamkeit der Verhaltenstherapie heute nicht ganz so optimistisch ausfällt, wie dies noch vor 30 Jahren der Fall war. Das zeigen neuere Metaanalysen, die anhand moderner Konventionen und Methoden den Forschungsstand zusammenfassen – und dabei auch die Studienqualität bzw. *risk of bias*, Kontrollgruppenwahl, Therapieabbrüche, Publikations-Bias, Langzeit-Effekte und viele weitere Faktoren bei den Analysen berücksichtigen. So ist etwa bei der Depressionsbehandlung die Kognitive Verhaltenstherapie zweifellos effektiv, aber ihre Wirkungen wurden vermutlich früher etwas überschätzt, und auch die zunächst festgestellte Überlegenheit gegenüber anderen Verfahren lässt sich nicht mehr so eindeutig aufrechterhalten (z. B. Cuipers et al., 2023; Barkham, Lutz & Castonguay, 2021). Insbesondere weist die Befundlage zum Anteil erfolgreich behandelter Patient:innen mit Remissions- und Responseraten von 30 bis 60% (z. B. Cuipers et al., 2024; Springer et al., 2018) darauf hin, dass dringender Forschungsbedarf herrscht, um psychotherapeutische Behandlungen zu verbessern.

Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren. Zudem muss bei der wissenschaftlichen Bewertung der Verhaltenstherapie berücksichtigt werden, dass die Psychotherapieforschung seit langem kontinuierlich Befunde dahingehend liefert, dass psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Techniken gegenüber sogenannten *common factors* und individueller Qualität der Therapeut:innen vergleichsweise kleinere Effekte aufwiesen (vgl. Wampold et al., 2018). Auch die Verfahrensorientierung, wie sie in Deutschland in den letzten Jahrzehnten in Forschung, Lehre und Praxis stärker als international gepflegt

und gelebt wird, weicht – zumindest in der verhaltenstherapeutischen Community – mittlerweile eher verfahrensübergreifenden und transtheoretischen Sichtweisen (z. B. Lutz & Rief, 2024).

Kluft zwischen Forschung und Praxis. Ein dritter Befund, der an dieser Stelle mitgedacht werden muss, betrifft eine schon seit Jahrzehnten beklagte, aber weiterhin vorhandene Kluft zwischen Forschung und Praxis (vgl. Bohus, 2015; Eiling et al., 2014; Speers et al., 2022). Dies betrifft sowohl Probleme auf Forschungsseite, z. B. mangelnde Kooperation mit Praktiker:innen und Patient:innen (»Erfahrungsexpert:innen«) hinsichtlich der Entwicklung von Therapien und deren Evidenzbasierung oder die mangelhafte Vermittlung von Forschungsergebnissen; auf Seiten der Therapeut:innen finden sich gelegentlich wissenschaftsablehnende Haltungen oder Tendenzen, (evidenzbasierte) Methoden, in denen sie ausgebildet wurden, nicht einzusetzen. Auch seitens der Patient:innen kann es Haltungen geben, die den Einsatz (evidenzbasierter) Psychotherapie erschweren (z. B. vermeintlich entstigmatisierende Verbreitung des biomedizinischen Modells »Psychische Störungen haben biologische Ursachen wie andere Erkrankungen auch«).

■ Wichtig • Diskussion dieser Befunde

Wir nehmen diese Befunde zur Kenntnis, ziehen daraus allerdings *nicht* den Schluss, dass im Grunde eine (störungsspezifische) Verhaltenstherapie mit ihren »klassischen« Techniken nunmehr austauschbar oder gar obsolet geworden sei. Auch gehen wir nicht davon aus, dass es in der Psychotherapie ausschließlich auf gute Beziehungsgestaltung ankomme oder dass eine Verschränkung von Wissenschaft und Therapiepraxis (Scientist-Practitioner-Prinzip) auf verlorenem Posten stünde.

- ▶ Erstens ist der Erfahrungsschatz, der im vorliegenden Werk zur Praxis der Verhaltenstherapie zusammengefasst ist, durchaus empirisch bewährt, worauf in den einzelnen Kapiteln stets mit entsprechenden Referenzen verwiesen wird. Die Wirksamkeit vieler verhaltenstherapeutischer Methoden und Programme steht mittlerweile (bzw. nach wie vor) für viele Betroffene außer Frage.
- ▶ Zweitens sind die Befunde zum vergleichsweise kleinen Beitrag therapeutischer Methoden und Techniken keineswegs »in Stein gemeißelt«, denn auch die Protagonisten dieser Auffassung räumen ein, dass es methodisch noch längst nicht gelungen ist, den Einfluss von Technik, therapeutischer Beziehung (die möglicherweise den Technik-Effekt mediiert), Therapeuten-, Patienten- und Kontext-Faktoren zu trennen bzw. unabhängig voneinander zu betrachten. Eine valide Quantifizierung der entsprechenden Wechselwirkungen steht noch aus. Auch gibt es verfahrensspezifische Unterschiede des Einflusses der Techniken (größerer Einfluss im psychodynamischen Bereich; Grevenhaus et al., 2024). Allgemeine Wirkfaktoren werden (bei bestimmten Patient:innen) anhand bestimmter Therapietechniken aktiviert oder gefördert – z. B. verbessert sich die therapeutische Allianz, wenn Techniken wie »Explorieren der Problemsicht«, »Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte«, »treffende Interpretationen liefern« oder »Förderung des Emotionsausdrucks« eingesetzt werden (Ackerman &

Hilsenroth, 2003). Umgekehrt können allgemeine (z. B. motivierende) Faktoren die Wirkung bestimmter Therapietechniken zur Entfaltung bringen. Therapietechniken und allgemeine Faktoren wirken also zusammen. Die Erkenntnis, dass auch in der Verhaltenstherapie Therapeuten- und Beziehungsfaktoren eine bedeutende Rolle spielen, ist aus unserer Sicht somit trivial und keinesfalls neu. Diesem Aspekt wird hier auch dadurch Rechnung getragen, dass ein gesamter Teil zur therapeutischen Beziehungsgestaltung das Buch einleitet.

- Und drittens möchten wir trotz der bestehenden Probleme im Dialog zwischen Psychotherapieforschung und -praxis und bestehenden Defiziten im systematischen Einbezug von Patient:innen in eine partizipative Psychotherapieforschung (Lipinski et al., 2024) dafür werben, als Verhaltenstherapeut:in wissenschaftlich zu denken, im Sinne von: das eigene Tun systematisch zu hinterfragen bzw. zu reflektieren, wissenschaftliche Erkenntnisse zu nutzen, bei der Interpretation von »wissenschaftlichen« oder »praxisbasierten« Befunden die diesen Befunden zugrundeliegende Methodik zu berücksichtigen, gemeinsam mit unseren Patient:innen in unseren Therapien Daten zu sammeln und auszuwerten (zum Beispiel in Verhaltensexperimenten), oder vielleicht auch selbst in irgendeiner Form zur Erweiterung der wissenschaftlichen Fundierung von Psychotherapie beizutragen. Es mag wie eine »Glaubensfrage« anmuten – aber eine schlüssige Begründung dafür, in der Praxis *nicht* auch eine theoretische und empirische Haltung einzunehmen, ist uns nicht bekannt. Gleichwohl ist der Versorgungsdruck im Praxisalltag (zum Teil bereits in der Ausbildung) als Argument für eine niedrige Priorisierung der Beschäftigung mit wissenschaftlichen Fragen nicht einfach von der Hand zu weisen.

Personalisierte Psychotherapie. Die genannten Befunde in der Zusammenschau weisen auch auf die Bedeutung einer personalisierten bzw. individualisierten Psychotherapie hin. Eine der wichtigsten, jedoch auch schwierig zu beantwortenden Psychotherapieforschungsfrage lautet bereits seit Jahrzehnten: »What works for whom?« (u. a. Paul, 1967; Moggia et al., 2024). Diese Frage impliziert die Zuweisung von Patient:innen zu bestimmten Behandlungsformen via Stratifizierung (Schichtung im Sinne von Zuordnung zu Klassen) und gestufter Versorgung (Delgadillo et al., 2022), sowie eine datenunterstützte Personalisierung im Therapieverlauf (auf die wir in einem eigenen Kapitel eingehen). Um Antworten auf diese Fragen zu finden, sollten zur Untersuchung der differenziellen Indikation und Wirksamkeit zukünftig vermehrt Prozess- sowie Moderator- und Mediatoranalysen durchgeführt werden (vgl. Brakemeier & Herpertz, 2019; Benecke, 2014). Interessant scheinen uns in diesem Zusammenhang die metatheoretischen Integrationsbemühungen, wie sie die – ebenfalls im Buch vertretene – Prozessbasierte Therapie vornimmt. Anhand netzwerkanalytischer und evolutionswissenschaftlicher Prinzipien wird dort die flexible Anpassung an den jeweiligen Kontext für den Einzelfall als Therapieleitlinie in den Mittelpunkt gestellt (vgl. Hofmann & Hayes,

2019); und dies hilft zu systematisieren, was in der Praxis ohnehin bereits intuitiv versucht wird.

Auf zwei Risiken sei allerdings hierbei hingewiesen. Auch wenn die Verhaltenstherapie aus guten Gründen ein besonderes Augenmerk auf die aufrechterhaltenden Bedingungen von psychischen Problemen legt, darf dies keinen »Abschied von der Störungstheorie« bedeuten. Netzwerkanalysen in der Therapie etwa müssen aus unserer Sicht bestenfalls eingebettet werden in theoretische psychologische Modelle (z. B. kognitive, entwicklungspsychologische), um der Komplexität individueller Problemgenese gerecht zu werden. Und: Wir hielten es für eine Fehlentwicklung, wenn – wie in manchen Bereichen der Personalisierten Medizin angestrebt – eine datengestützte »Algorithmenbasierung« das therapeutische Handeln determiniert. Gleichwohl plädieren wir dafür, die Vielfalt unserer Patient:innen und ihr unterschiedliches Ansprechen auf Psychotherapie stärker zu berücksichtigen – und unsere therapeutischen Interventionen sowohl datenbasiert als auch auf Grundlage klinisch-psychotherapeutischer Expertise individuell anzupassen.

»Psychotherapie als Profession«: Über den Einzelfall hinaus

Die Alltagspraxis der Verhaltenstherapie ist hoch komplex und erfordert Fallkonzeptionen und Indikationsentscheidungen, die einerseits bewährtes störungs- und behandlungsspezifisches Wissen nutzen, aber in der Regel bei der »Individualisierung« oder »Personalisierung« im Einzelfall diesbezüglich auch Abstriche machen oder darüber hinausgehen müssen. Eine schöne Darstellung in Fallgeschichten findet sich bei Rehahn-Sommer (2015).

Psychotherapeut:innen sollten sich zum Beispiel stets der Gefahr bewusst sein, die sozialen Rahmenbedingungen der Patient:innen zu vernachlässigen: Jemand ist nicht einfach »in Therapie«, sondern die Therapie findet immer im Kontext der Lebenswelt der Beteiligten statt (vgl. Orlinski, 2004). Dies betrifft übrigens auch die Behandlungsgeschichte, also die notwendige Vernetzung mit Vor-, Mit- und Nachbehandler:innen. Die Einlösung des VT-Versprechens, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, ist hierbei besonders gefordert (z. B. Rückfallprophylaxe bzw. Rückfall-Management), auch wenn eine »kausale Heilung der psychischen Erkrankung« häufig kein realistisches Therapieziel darstellt. In solchen Fällen kann es nicht darum gehen, Vulnerabilitäten komplett zu beseitigen (z. B. Impulskontrolldefizite bei Menschen mit Borderline- oder erhöhte Angstsensitivität bei Menschen mit Panikstörung), sondern es stehen eher Management und Bewältigung dieser Vulnerabilitäten im Vordergrund. Therapieziele können dann vielmehr die Erhöhung der Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und des hedonistischen wie eudämonischen Wohlbefindens sein. Zentrale verhaltenstherapeutische Grundhaltungen wie Optimismus, Zuversicht, Ressourcenorientierung und »Augenhöhe« sind hierbei sehr hilfreich.

Die heilkundliche Behandlung psychischer Störungen, aber auch deren Prävention sowie insbesondere die Begrenzung der Folgen psychischer Störungen haben große Relevanz für Gesundheitswesen und »Public Health« (vgl. Jacobi, 2012). Es spricht viel dafür, dass verhaltens-, gesprächs- und zuwendungsorientierte Gesundheitsleistungen

hier besonders kosteneffektive Maßnahmen darstellen, um vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen die Qualität der Versorgung zu sichern und zu verbessern (übrigens auch im Rahmen des Managements körperlicher Erkrankungen). Welche Potenziale von KI als Therapieassistent oder gar eigenständiges therapeutisches Medium sich entfalten werden, bleibt dabei eine dynamische Entwicklung (vgl. Jacobi, 2024).

Somit möchten wir bereits sich in Aus- und Weiterbildung befindende Therapeut:innen dazu ermutigen, als *health care professionals* Verantwortung nicht nur für ihre individuellen Patient:innen, sondern auch für Versorgungsstrukturen und Organisation von Versorgungsabläufen zu übernehmen. Wir sind uns darüber im Klaren, dass wir mit diesem Anliegen nichts grundlegend Neues präsentieren und dass viele Kolleginnen und Kollegen im Prinzip bereits auf diese Weise arbeiten. Einige zugehörige, über den Einzelfall hinausreichende Fragen sind:

- ▶ Wie kann ich meine begrenzte Zeit, die ich der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen kann, so nutzen, dass möglichst viele Patient:innen möglichst gut genug davon profitieren?
- ▶ Was kann ich dazu beitragen, dass sektorenübergreifende Versorgungsketten und kooperative (Komplex-) Versorgung besser funktionieren?
- ▶ Wie kann ich die Arbeitsteilung und Vernetzung mit außerklinischen Hilfe-Instanzen wie zum Beispiel Beratungsstellen (oder auch Selbsthilfe-Optionen) optimieren?
- ▶ Wie tausche ich mich kollegial über gesundheitspolitische Themen aus, und in welche Gremien kann ich meine Gedanken und Erfahrungen hinsichtlich Versorgungsgerechtigkeit und Behandlungsbedarfen einbringen (z. B. Mitwirkung in Psychotherapeutenkammern)?
- ▶ Wie kann ich meiner in der Berufsordnung und Weiterbildungsordnung verankerten Verantwortung gerecht werden und mich als Psychotherapeut:in angesichts aktueller Krisen sinnvoll einbringen?

Auch Grundsatzfragen der Gesundheitsversorgung werden damit angesprochen, etwa, was eigentlich als krankheitswertige Störung und was als »normatives Lebensproblem mit psychologischem Leid« betrachtet werden sollte. Dies erscheint besonders wichtig in Zeiten von Social Media, verstärkter Wahrnehmung globaler Krisen und allgemeiner Sensibilisierung für die psychische Gesundheit. Einerseits kann eine gestärkte Gesundheitskompetenz (»mental health literacy«) Emanzipation und Fortschritt darstellen – die andere Seite dieser Medaille gibt es aber auch: »Medikalisierung« (im allgemeinen Sinne einer Delegation eigentlich sozialer oder normaler Lebensprobleme an das Gesundheitssystem ohne klinisch-fachliche Indikation), »Psychiatisierung der Gesellschaft« (vgl. Beeker et al., 2021), oder die Entwicklung von »Looping-Effekten«, für die wir eigentlich schon längst psychologische Konzepte auch jenseits der Richtlinienpsychotherapie zur Hand haben (vgl. Padberg, 2025).

Und noch ein Aspekt (selbst-)kontrollierter Praxis: Auch für erfahrene Praktiker:innen kann es – nicht zuletzt aus Gründen der Selbstfürsorge (vgl. Jaeggi, 2004) – hilfreich sein, bisweilen einen distanzierten Blick auf das eigene psychotherapeutische Handeln zu werfen.

Weiterführende Literatur

- Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L.G. (Eds.). (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Hoboken: Wiley.
- Beeker, T., Mills, C., Bhugra, D., te Meerman, S., Thoma, S., Heinze, M. & von Peter, S. (2021). Psychiatrization of society: a conceptual framework and call for transdisciplinary research. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 645556.
- Bohus, M. (2015). Elfenbeintürme im Treibsand oder: Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in der therapeutischen Praxis umzusetzen? *Verhaltenstherapie*, 25, 145–155.
- Brakemeier, E.L. & Herpertz, S.C. (2019). Innovative Psychotherapieforschung: auf dem Weg zu einer evidenz- und prozessbasierten individualisierten und modularen Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 90(11), 1125–1134.
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D. & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105–115.
- Hofmann, S.G. & Hayes, S.C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), Article 1.
- Jacobi, F. (2012). Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? In Vorstand des BDP (Hrsg.), *Die großen Volkskrankheiten* (S. 16–24). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- Jaeggi, E. (2004). *Und wer therapiert die Therapeuten?* München: dtv.
- Lutz, W. & Rief, W. (2024). Transtheoretical Psychological Therapy–New Perspectives for Clinical Training and Practice. *Clinical Psychology in Europe*, 6, e13891.
- Moggia, D., Lutz, W., Brakemeier, E.L. & Bickman, L. (2024). Treatment Personalization and Precision Mental Health Care: Where are we and where do we want to go? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 51(5), 611–616.
- Orlinski, D. (2004). Der menschliche Kontext von Psychotherapien. *Psychotherapeut*, 49, 167–181.
- Padberg, T. (2025). Die Macht der Diagnosen – Looping-Effekte und die Folgen für die Psychopathologie. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4–11.
- Rehahn-Sommer, S. (2015). *Verhaltenstherapeutische Praxis in Fallbeispielen: Leben statt Überleben und andere Geschichten*. Heidelberg: Springer.
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A. & Parry, G. (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 575–588.
- Wampold, B. E., Imel, Z.E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization (2024). *Psychological interventions implementation manual: integrating evidence-based psychological interventions into existing services*. World Health Organization.



Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung

- 1 Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie
- 2 Schlüsselkompetenzen psychotherapeutischer Kommunikation und Beziehungsgestaltung
- 3 Motivorientierte Beziehungsgestaltung
- 4 Motivierende Gesprächsführung
- 5 Spezifische Beziehungsgestaltungstechniken aus neueren integrativen Methoden
- 6 Umgang mit schwierigen Situationen zu Beginn einer Therapie

Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

Die therapeutische Beziehung und ihre Gestaltung sind große, geradezu ausufernde Gebiete, für die ganze Handbücher existieren, wie etwa das über 1.500-seitige Werk von Hermer und Röhrle (2008). Hierbei wird auch deutlich, dass unterschiedliche Verfahren dieselben klinischen Phänomene erkennen (wie etwa »Widerstand« als etwas, das die Beziehung färbt und – unter Umständen unerkannt bleibend – behindert). Solche Phänomene werden in verschiedenen Therapieverfahren jedoch häufig auf unterschiedliche Weise beschrieben, konzeptualisiert und technisch bearbeitet. Fragen wie zum Beispiel »Was verbindet und unterscheidet den Begriff der (Gegen-)Übertragung in der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse?« eröffnen spannende Themenfelder integrativen Denkens in der Psychotherapie (vgl. Kap. 85; Storck, 2025b).

Seit Jahrzehnten wird in der Psychotherapieforschung und -praxis intensiv diskutiert, ob die Wirksamkeit klinisch-psychologischer Interventionen *entweder* primär auf spezifischen Behandlungsansätzen *oder* eher auf unspezifischen Faktoren beruht. Als Verhaltenstherapeut:innen sind wir heute überzeugt, dass beide Perspektiven essenziell sind: Einerseits spielt ein störungsorientiertes Vorgehen mit problemspezifischem Know-how eine zentrale Rolle als Wirkfaktor. Andererseits ist eine effektive Beziehungsgestaltung – basierend auf ausgeprägten zwischenmenschlichen Kompetenzen und gut geschulten Techniken – unverzichtbar, um nachhaltige Therapieerfolge zu erzielen (vgl. Schulte, 1998). In diesem Sinne integrieren wir die Bedeutung der sogenannten »Common Factors« (vgl. Wampold, 2015) in unser therapeutisches Handeln und schaffen so eine Brücke zwischen spezifischen und allgemeinen Wirkfaktoren.

Merkmale effektiver Psychotherapeut:innen

Wampold (2011) identifizierte 14 psychotherapeutische Kompetenzen, die durch die Psychotherapieforschung gut belegt erscheinen.

Effektive Therapeut:innen ...

- (1) ... verfügen über zwischenmenschliche Fertigkeiten (u. a. gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, gute zwischenmenschliche Wahrnehmung, affektive Schwingungsfähigkeit, Akzeptanz, Empathie, Fokus auf den anderen richten können).
- (2) ... erzeugen Vertrauen und Zuversicht, demonstrieren Verständnis, auch durch nonverbales Verhalten. Dies gilt für den ganzen Therapieprozess, aber insbesondere für Erstkontakt und Therapiebeginn.

- (3) ... können mit den verschiedenen Patient:innen ein gutes Arbeitsbündnis (*working alliance*) entwickeln, das auf zwischenmenschlicher Verbundenheit, aber vor allem auch auf Einigkeit über die therapeutischen Ziele und das therapeutische Vorgehen beruht.
- (4) ... stellen ein für den / die jeweilige:n Patient:in plausibles, konsistentes, akzeptables – und somit individuell angepasstes – psychologisches Erklärungsmodell für dessen Beschwerden bereit.
- (5) ... leiten aus diesem Störungsmodell stringent einen Behandlungsplan ab und legen für Patient:innen nachvollziehbar nahe, was getan werden kann, um Leiden und Beeinträchtigung zu minimieren und die psychische Gesundheit zu steigern.
- (6) ... verhalten sich glaubhaft und überzeugend, wecken Hoffnung und positive Erwartungen und motivieren damit Patient:innen zur Mitarbeit.
- (7) ... haben stets den Therapiefortschritt im Blick (z. B. mit einer Verlaufsmessung, die gemeinsam besprochen wird) und erkundigen sich dazu bei Patient:innen regelmäßig in authentischer Weise. Hierbei ist besonders wichtig, auch Verschlechterungen im Zuge der Therapie zu beachten.
- (8) ... sind flexibel und können ihr Erklärungsmodell und ihren Behandlungsplan anpassen, wenn patientenseitig Widerstände auftreten oder erwartete Fortschritte ausbleiben (was zunächst einmal feinfühlig wahrgenommen werden muss).
- (9) ... vermeiden schwierige und schmerzhaft Themen nicht – was bisweilen durchaus auch ein konfrontatives Vorgehen erfordert, wenn eine Patientin oder ein Patient (störungsbedingt oder aufgrund bestimmter Persönlichkeitseigenschaften) zur Vermeidung neigt. Hierbei kommen oft rasch heftige Emotionen ins Spiel, womit effektive Therapeut:innen aber gut umgehen können. Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung (z. B. *alliance ruptures*) werden nicht ausgeblendet, sondern unmittelbar therapeutisch genutzt und bearbeitet.
- (10) ... vermitteln Hoffnung und Optimismus – auch bei »schwierigen«, demoralisierten Patient:innen mit langer Leidens- und Behandlungsgeschichte. Sie trauen sowohl ihren Patient:innen zu, in der Therapie vereinbarte Ziele erfolgreich erreichen zu können als auch sich selbst, mit diesen Patient:innen erfolgreich zu arbeiten. Es werden Ressourcen und Stärken mobilisiert, damit die notwendige Überzeugung gefördert wird, dass Patient:innen selbst für Fortschritte und Therapieerfolg verantwortlich sind.
- (11) ... sind sich der Diversität auf Patientenseite bewusst (z. B. hinsichtlich Alter, Geschlecht, (sub-)kulturellem Hintergrund, sozioökonomischem Status, sexueller Orientierung, Veränderungsmotivation, interner und externer Ressourcen) und berücksichtigen diese bei ihren Indikationsentscheidungen (einschließlich der Vernetzung mit oder Überweisung zu anderen Hilfesystemen). Hierbei müssen Therapeut:innen sich ihres eigenen entsprechenden Hintergrunds, ihrer eigenen Persönlichkeit und ihrer Rolle im therapeutischen Prozess bewusst sein.
- (12) ... kennen sich selbst und ihre eigenen psychologischen Prozesse gut und bringen keine eigenen Anteile und persönliches Material in die Therapie ein (es sei denn, sie tun es zielgerichtet für definierte therapeutische Zwecke). Hierbei wird hin-

sichtlich eigener Reaktionen auf das interaktionelle Patientenverhalten («Gegenübertragung») reflektiert, inwieweit diese in erster Linie patientenseitig ausgelöst werden, oder ob sie auch durch eigene, persönliche Anteile geprägt sind.

- (13) ... kennen die beste wissenschaftliche Evidenz, die für die Behandlung relevant ist und haben ein gutes Verständnis für die biopsychosozialen Grundlagen des Problemverhaltens (auf allen Ebenen des Erlebens und Verhaltens) bzw. der präsentierten Störung.
- (14) ... entwickeln sich fortlaufend psychotherapeutisch weiter, nutzen hierbei Modelllernen und Feedback (z. B. in Super- und Intervision oder beim Monitoring von Therapiefortschritt und -Ergebnis). Dies wird genutzt, um ein kohärentes Modell für die eigene Behandlungsdurchführung zu entwickeln und adaptiv einzusetzen, regelmäßig auf den Prüfstand zu stellen und zu verfeinern.

Viele dieser Faktoren sind eng miteinander verknüpft, und die Wechselwirkung zwischen unspezifischen und spezifischen Therapieelementen sollte dabei stets mitgedacht werden. *Responsivität* (Caspar, 2024b; Stiles & Horvath, 2017) ist hierbei eine besondere therapeutische Kompetenz, die mehrere der genannten Faktoren vereint. Sie ermöglicht unter anderem eine individuelle Anpassung der Therapie von Moment zu Moment – insbesondere bei »schwierigen« Patient:innen.

Ein Beispiel: Eine Verhaltenstherapeutin bietet einer Patientin in zwischenmenschlich adäquater Weise sowie stringent und glaubwürdig eine störungsspezifische Therapie an, die sie selbst für aussichtsreich hält und in der sie Expertise entwickelt hat. Sie erklärt ihr Vorgehen anhand eines für die Patientin stimmigen Störungsmodells (bzw. erarbeitet dies kollaborativ), führt sie dann gemeinsam konsequent durch, passt die Behandlung bei Bedarf individuell an und erörtert dabei den Therapiefortschritt kontinuierlich mit der Patientin. Solches würden wir für »typisch verhaltenstherapeutisch« halten – und fast alle zuvor angeführten Punkte wären darin berücksichtigt. Die Nutzung sozialer Kompetenzen und eine aktive Beziehungsgestaltung passen hervorragend zur Verhaltenstherapie, auch wenn dies in der Vergangenheit im Vergleich zu manchen anderen Psychotherapieverfahren weniger explizit herausgestellt wurde.

Aktive und differentielle Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie:

Wann, warum und wie?

Das Ausmaß der aktiven Beziehungsgestaltung in einer Psychotherapie und der Raum, den die Beziehungsgestaltung bei der Reflexion der eigenen Therapiedurchführung einnehmen sollte, hängen maßgeblich von der Art und dem Ausmaß der interpersonellen Schwierigkeiten der Patient:innen ab (Bollmann et al., 2021; Lazarus, 1993). Besonders bei ausgeprägten interpersonellen Problemen sollte die therapeutische Beziehungsgestaltung auf die spezifische Störung ausgerichtet oder sogar als zentrales Element der Therapie genutzt werden.

Die wichtigsten, in Abhängigkeit der Problematik unterschiedlichen Begründungen für den Einsatz aktiver Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie sind folgende:

- **Korrigierende Beziehungserfahrungen:** Ein Grundprinzip der Psychotherapie ist die Vermittlung korrigierender Erfahrungen. Die Therapie kann gezielt genutzt werden,

um heilsame Beziehungserfahrungen zu ermöglichen (wobei sich hierbei die (verhaltens-)therapeutische Beziehungsgestaltung zum Teil bedeutsam von alltäglicher Beziehungsgestaltung unterscheidet; vgl. Kap. 1 und 5). Im Folgeschritt können die Patient:innen in der Therapie ihr bisheriges Problemverhalten (wie z. B. sich generell zu verschließen) »im richtigen Leben« modifizieren oder aufgegeben zugunsten von zielführenden Verhalten (z. B. sich bestimmten Menschen vertrauensvoll zu öffnen).

- **Motivation und Verhaltensänderung:** Es bedarf ein hohes Maß an Motivation auf Patient:innenseite, sich anders zu verhalten als bisher und neue Verhaltensmuster zu erlernen. Das fällt angesichts eingefahrener, automatisierter Schemata und Verhaltensweisen naturgemäß schwer – auch wenn diese mittlerweile langfristig dysfunktional geworden sind und gar nicht mehr den eigentlich legitimen Bedürfnissen der Patient:innen dienen (vgl. Kap. 4). Eine Arbeit an derartigen Veränderungen kann durchaus konfrontativ sein, zum Beispiel wenn die Wahrnehmung der Patientin oder des Patienten gezielt auf aversive, bislang vermiedene Aspekte gelenkt oder die Nachteile des bisherigen Problemverhaltens thematisiert werden. Hierfür benötigen Therapeut:innen, insbesondere bei Patient:innen mit hohem Reaktanzlevel und ausgeprägtem Autonomie-Bedürfnis, oft einen »Beziehungskredit« (vgl. den entsprechenden Ansatz von Sachse, z. B. 2006b), der initial aufgebaut wird und dann zu einem späteren Zeitpunkt (»wenn es wirklich unangenehm wird«) eingesetzt werden kann (vgl. Kap. 3).
- **Förderung sozialer Kompetenzen:** Bei einigen Patient:innen konnten sich wichtige soziale Kompetenzen nie richtig entwickeln, so dass sie schwerwiegende interpersonelle Defizite aufweisen. Hier sind aus verhaltenstherapeutischer Perspektive interpersonelle Lerntherapien indiziert, bei denen Therapeut:innen gezielt und wohlüberlegt auch ihre eigenen ausgelösten Emotionen und Reaktionstendenzen den Patient:innen rückmelden. Dabei fungieren sie als zwischenmenschliches Modell und sorgen in der Therapie stets für einen sicheren und verlässlichen zwischenmenschlichen Raum.
- **Differenzierung und Kontraindikation:** Zum angemessenen Einsatz muss auch bedacht werden, wann welche Beziehungsgestaltungskompetenzen *nicht* zum Einsatz kommen sollten. Beispielsweise kann bei der Therapie von Patient:innen mit Borderline- oder psychopathischen Zügen, schizoiden oder paranoiden Patient:innen das Zeigen von viel Empathie kontraindiziert sein (Norcross, 2011).

Eine gute Beziehungsgestaltung folgt also einerseits allgemeinen Regeln, muss andererseits aber auch differenziell bzw. personalisiert ausgestaltet werden. Dies gilt nicht nur hinsichtlich der Motive, Ziele und dem Ausmaß der interpersonellen Probleme der Patient:innen, sondern auch der Therapiephase (z. B. nach einführendem Beziehungsaufbau zunehmende aktive Arbeit an Symptomen und dysfunktionalen Verhaltensweisen, dann De-Intensivierung mit schrittweiser Rücknahme der therapeutischen Aktivität gegen Therapieende).

Wichtig

Im Rahmen einer Verhaltenstherapie ist nicht unbedingt durchgehend eine aktive Beziehungsgestaltung erforderlich: Meist laufen Entwicklung und Aufrechterhaltung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses spontan so gut, dass nicht ständig nachgesteuert werden muss. Zudem bringen nicht alle Patient:innen behandlungsbedürftige interpersonelle Defizite und krankheitswertige Interaktionsstörungen mit in die Therapie.

Um im folgenden Teil I einen sehr guten Einstieg in zentrale Aspekte von Kommunikation und Beziehungsgestaltung – gewissermaßen als Voraussetzung gelingender (Verhaltens-)Therapie – bieten zu können, geben wir neben einer einführenden Abgrenzung von Alltags- und therapeutischer Kommunikation (Kap. 1) einen umfangreichen Überblick über Kompetenzen der Kommunikation, Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung mit praktischen Lernzielen (Kap. 2). Denn Anforderungen an therapeutische Kommunikations- und Beziehungsfertigkeiten sind vielseitig und anspruchsvoll – aber auch durchaus lern- und trainierbar. Ziel ist es, die Leser:innen dazu anzuregen, ihren eigenen Kompetenzstand kritisch zu reflektieren und mögliche Entwicklungsbedarfe zu identifizieren.

Weiterführende Literatur

- Bollmann, S., Köhler, S., Guhn, A., Schamong, I., Sterzer, P. & Brakemeier, E.-L. (2021). Differentielle Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie: Auf dem Weg zu einer evidenzbasierten individualisierten Beziehungsgestaltung. *Verhaltenstherapie*, 31(4), 267–285.
- Caspar, F. (2018). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Caspar, F. (2024b). Responsivität. *Die Psychotherapie*, 69(1), 40–48.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2008). Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band I: Allgemeiner Teil & Band 2: Spezieller Teil. Tübingen: dgvt.
- Lazarus, A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy*, 30(3), 404–407.
- Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: Oxford University Press.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (2015). *Therapiemotivation*. Göttingen: Hogrefe.
- Stiles, W.B. & Horvath, A.O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In: L.G. Castonguay & C.E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 71–84). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Storck, T. (2025b). *Übertragung und Gegenübertragung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Wampold, B.E. (2011). Qualities and actions of effective therapists. *Continuing Education in psychotherapy of the American Psychological Association (APA, Education Directorate)*. URL: <http://linfraser.com/wp-content/uploads/2015/05/effective-therapists.pdf> [13.1.2025]
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14 (3), 270–277.

1 Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie

Agnes Justen-Horsten

1.1 Therapeut:innen als Motivator:innen, Expert:innen und aktive Beziehungsgestalter:innen

Herstellung von patientenseitigem »Basisverhalten«

Am Beginn eines therapeutischen Prozesses steht die/ der Therapeut:in gleich vor drei wesentlichen Aufgaben, die die Voraussetzung für Veränderung schaffen. Diese drei Aufgaben sind unabhängig vom Problem, das jemanden zur Therapie geführt hat, haben aber maßgeblichen Einfluss auf die Problembearbeitung. Sie beginnen mit dem Erstkontakt und verlieren nicht an Brisanz bis zum letzten Gespräch:

- ▶ Wie kann die Motivation zur Therapie in Motivation für Veränderung umgewandelt werden und was kann getan werden, damit diese Motivation auch bei Krisen und Misserfolgen fortbesteht? (*Therapeut:innen als Motivator:innen*)
- ▶ Wie entsteht bei Menschen die Überzeugung, dass Expert:innen bzw. »Therapeut:innen« ihnen helfen können? Wie geht man mit seinem Expertentum so um, dass die Asymmetrie akzeptiert und dennoch nicht »folgsam«, sondern selbstbestimmt reagiert wird? (*Therapeut:innen als Expert:innen für psychologisches Wissen, psychotherapeutische Methoden und Techniken*)
- ▶ Wie kann die Beziehung zu Patient:innen so gestaltet werden, dass sie sich öffnen und ein funktionierendes Arbeitsbündnis entsteht, innerhalb dessen sie neue Verhaltens- und Erlebensweisen erproben können? (*Therapeut:innen als Expert:innen für den Prozess der Beziehungsgestaltung*)

Parallele Bearbeitung des Problem- und des Basisverhaltens

Schulte (1996) macht in seinem »dualen Prozessmodell« einen Unterschied zwischen der Beziehungsgestaltung zur Erreichung von Therapiemotivation bzw. einem »Basisverhalten« des Patienten oder der Patientin einerseits und der Anwendung spezifischer therapeutischer Methoden durch die Therapeut:innen andererseits. Ziel der Behandlung ist die Veränderung von »Problemverhalten« durch kunst- bzw. regelgerechte Anwendung von Methoden zur Veränderung der Bedingungen, die das Problemverhalten aufrechterhalten. Umsetzen kann ein:e Patient:in dies aber nur, wenn er/ sie sich wirklich zur Therapie entschließt (Therapienachfrage) und diese auch nicht abbricht, aktiv mitarbeitet und dabei zu Selbstöffnung und Erprobung neuer Verhaltensweisen bereit ist, d. h. »Basisverhalten« zeigt. Dies kann hergestellt und gefördert werden, wenn der Behandelnde durch die Anwendung von »Beziehungsregeln« (z. B. Kanfer et al., 2012; Motivorientierte Beziehungsgestaltung,

s. Kap. 3) eine Therapiebeziehung anbietet, die zu therapeutischen Veränderungsschritten motivieren kann.

Auf der Seite der Bearbeitung des Problemverhaltens wiederum besteht die therapeutische Aufgabe darin, abzuwägen, welche Methode, mit welchen individuellen Abwandlungen zu welchem Zeitpunkt zu den Klient:innen und ihren jeweils spezifischen Bedingungen passt (vgl. Teil II, insb. Kap. 13 zur Fallkonzeption).

Feinfühligkeit und therapeutische Basisvariablen zum Aufbau einer positiven Erwartungshaltung

Beziehungsgestaltung ist wesentlicher Bestandteil professioneller Kompetenz und Basistechnik psychotherapeutischen Handelns. In der Regel bringen Patient:innen Motivation aus Leidensdruck und Wunsch nach Veränderung mit. Ein Ziel der therapeutischen Beziehungsgestaltung ist es, diese Motivation für Veränderung zu nutzen, indem der / die Therapeut:in mit Mitteln der Gesprächsführung und durch Interventionskompetenz erste Erfahrungen von Veränderung ermöglicht und damit die Motivation stärkt. Eine positive Erwartungsinduktion (Frank, 1961; Grawe, 2000, S. 36) entsteht zunächst durch bestätigende Äußerungen des Therapeuten bzw. der Therapeutin, durch kleine Selbstbeobachtungsaufgaben zu Beginn oder durch Ansprechen und Aktivieren von Ressourcen (Kap. 16). Dafür brauchen Therapeut:innen *Feinfühligkeit* (vgl. Ainsworth & Bowlby, 2001), um alle Interventionen, ganz besonders die anfänglichen, individuell auf das Gegenüber abzustimmen.

Feinfühligkeit im Kontakt bedeutet, dass Therapeut:innen »bedürfnisbefriedigende Erfahrungen« vermitteln. Das geschieht, wenn sie in der Beziehung zum Patienten oder zur Patientin zentrale Motive erkennen und diesen entsprechen (Kap. 3). Eine wertschätzende und nicht-wertende Art der Gesprächsführung (orientiert an den Basisvariablen von Rogers; s. a. Kriz, 2014) sowie Interesse, das sich in mentaler Präsenz und Signalen von Zugewandtheit und menschlicher Wärme zeigt, bedient grundlegende Bedürfnisse eines jeden Menschen, der Hilfe sucht. Inhaltlich bestätigend sind therapeutische Interventionen, die auf der Ziel- und Wertebene Verständnis und Zustimmung signalisieren und damit Patient:innen validieren (vgl. Selbstmanagementtherapie, Kap. 25). Ein:e Therapeut:in kann somit die erworbene fachliche Kompetenz dazu nutzen, Patient:innen durch eine den Einzelfall abgestimmte Auswahl von Methoden zu ersten Erfolgserlebnissen zu verhelfen und gleichzeitig deren zentrale Motive befriedigen.

■ Wichtig

Allein dadurch, dass jemand den Therapeuten bzw. die Therapeutin als feinfühlig (d. h. aus seiner Sicht warmherzig, sympathisch, empathisch) empfindet (»die Chemie stimmt«), kann keine Veränderung bewirkt werden. Wechselseitige Sympathie ist zwar ein motivierender Faktor in der Entwicklung einer Beziehung, kann in bestimmten Fällen ein Arbeitsbündnis jedoch erschweren, wenn der Behandelnde dadurch daran gehindert wird, eine professionelle Distanz einzunehmen (vgl. Kap. 83 zu Nebenwirkungen).

Aus der Expert:innenrolle ergibt sich eine Asymmetrie, deren Ausgestaltung ebenso der Feinfühligkeit bedarf. Unter motivationalen Gesichtspunkten fühlen sich Patient:innen unterstützt, wenn sie realisieren, dass Expertenwissen für sie und ihre Ziele eingesetzt und auf sie angepasst wird. Auch der Lerneffekt, der sich langfristig aus der Erkenntnis ergibt, dass eine distanzierte und reflexive Haltung gegenüber dem eigenen Problem möglich ist, ist motivierend.

Dissens und Gespür für Unterschiedlichkeit auf der Problembearbeitungsebene

Eine Asymmetrie in der therapeutischen Beziehung kann aber auch patientenseits zur Aufgabe von Selbstverantwortung verführen. Das behindert dann die Entwicklung eines belastbaren Arbeitsbündnisses, wenn eine solche Entwicklung nicht angesprochen wird. Werden solche Friktionen (»Dissense«) thematisiert, sind sie für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung außerordentlich hilfreich, weil sie Hinweise darauf liefern, dass und welche Kurskorrekturen auf dem Weg zur erwünschten Veränderung vorgenommen werden müssen. Gelingt es dem/der Behandler:in, sensibel mit dem Dissens umzugehen, ihn nicht zu negieren, sondern sowohl die Unterschiedlichkeit zu akzeptieren als auch einen konstruktiven Weg der Anpassung an veränderte Zielvorstellungen zu finden, geht das Arbeitsbündnis gestärkt aus dem Dissens – bzw. einer Störung der therapeutischen Beziehung – hervor (vgl. »alliance ruptures«, erforscht insbesondere in der psychodynamischen Therapie; Safran & Muran, 2000).

Der Fokus bei der Etablierung eines Arbeitsbündnisses (vgl. Kanfer et al., 2012; Hoyer et al., 2004) liegt auf den Unterschieden, die erfragt und wahrgenommen werden – auch auf der Problembearbeitungsebene. Denn jeder thematisierte Unterschied (z. B. früher/heute, Ausnahme/Regel, Gegenwart/Zukunft) deutet Lösungsoptionen an (vgl. von Schlippe & Schweitzer, 2016). Derartige Unterschiedsfragen werden im weiter unten stehenden Fallbeispiel praxisnah wiedergegeben. Beziehungsgestaltungskompetenz heißt somit, die Bedeutung und das Ausmaß der Unterschiede einschätzen und auf den Patienten/die Patientin jeweils feinfühlig abstimmen zu können. Die Feinfühligkeit für die Angemessenheit von Unterschieden, die zur Problemlösung herangezogen werden können, ist also der Schritt auf der Problembearbeitungsebene, der der Bestätigung auf



Abbildung 1.1 Beziehungsgestaltung auf Problembearbeitungs- und Beziehungsebene. Weitere allgemeine hilfreiche Strategien zur Gesprächsführung finden sich im Kapitel 4.

der Beziehungsebene zeitlich folgt. Erlebt sich der Patient oder die Patientin als maßgebliche:r und selbstwirksame:r Partner:in in einem Arbeitsbündnis, stärkt das immer wieder die Motivation.

1.2 Unterschiede zwischen Gesprächsgestaltung im Alltag und in der Psychotherapie

Während Alltagskommunikation zwischen Gesprächspartner:innen spontan und situativ verläuft, haben Therapeut:innen ihr Vorgehen – nicht nur im Erstgespräch – geplant und vielfach erprobt. Die Übernahme von Verantwortung für den Ablauf und die Struktur des Gesprächs liegt auf Therapeutenseite. Zu Beginn einer Psychotherapie geht es um die Anliegenklärung mit dem Ziel, dass der/die Patient:in am Ende des Gesprächs ein (wenn auch vorläufiges) Ziel benennen kann, das mithilfe der Therapie erreicht werden soll. Durch zielgerichtetes und strukturiertes Handeln definiert der/die Therapeut:in die Beziehung zum Patienten als asymmetrisch. Diese Asymmetrie schafft eine nützliche Distanz, die bei aller menschlichen Anteilnahme am Leid des Hilfesuchenden bewirken kann, dass die Gesprächssituation nicht durch persönliche Motive beeinflusst wird.

Andererseits darf die Asymmetrie weder dazu führen, dass Patient:innen auf die Beantwortung von Fragen warten, um sie beantworten zu »dürfen«, noch dazu, dass die Distanz es dem Therapeuten / der Therapeutin erschwert zu spüren, was das Gegenüber jenseits der Worte bewegt. Das erste wäre schädlich für die Entwicklung eines Arbeitsbündnisses, das auf Eigeninitiative und der Erfahrung von Selbstwirksamkeit bei Patient:innen aufbaut. Das zweite würde dem/der Behandler:in Empathie und Feinfühligkeit erschweren. Das wiederum hätte negative Auswirkungen auf die Entwicklung einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Beziehung. Eine so verstandene Asymmetrie öffnet und weitet den Spielraum für eine emotionale Annäherung, wobei die relative Distanz dem / der zu Behandelnden Sicherheit und Vertrauen vermittelt und ihm / ihr damit die Chance zur Selbstöffnung gibt. Als dynamisches, rückgekoppeltes Reglersystem verstanden, können Therapeut:innen sich, ihrer Einschätzung der therapeutischen Notwendigkeit entsprechend, weit (auch persönlich) öffnen und emotionale Anteilnahme zeigen, aber sich auch im Sinne der neutralen, teilnehmenden Beobachtung die Freiheit nehmen, alternative Perspektiven auf das Problem einzunehmen. Letztlich streben auch viele der KVT-Ansätze auf korrigierende heilsame Beziehungserfahrungen innerhalb der Patienten-Therapeuten-Dyade ab, wobei der Grad des persönlichen Einlassens variiert; am stärksten ist persönliches Einlassen in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT), im Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) und der Schematherapie erwünscht (vgl. Kap. 5).

Akzeptanz und Wertschätzung der Person gegenüber führt wie in einer Alltagsbeziehung auch in der Psychotherapie zur Parteinahme für den Patienten bzw. die Patientin, allerdings mit dem Unterschied, dass Sichtweisen, Verhaltensweisen, Wünsche und Bedürfnisse, die mit den therapeutischen Zielen nicht im Einklang stehen, vom Behan-

delnden wahrgenommen und zu einem Zeitpunkt, an dem sich die Tragfähigkeit der Beziehung bewiesen hat (»timing«), angesprochen und bearbeitet werden können.

Ausgehend von diesen grundlegenden Unterschieden soll anhand eines Erstgesprächs mit der Patientin Frau A. und ihrer Therapeutin deutlich gemacht werden, wie sich die drei Aufgaben der Motivierung, der feinfühlgigen Beziehungsgestaltung und der Übernahme der Expertenrolle zu einem Arbeitsbündnis verdichten können. Übrigens sind solche – aus unserer Sicht mittlerweile verfahrensübergreifenden – Prinzipien insbesondere in der Systemischen Therapie entwickelt und elaboriert worden (vgl. z. B. von Schlippe & Schweitzer, 2016; von Sydow & Borst, 2018).

»Guten Tag, Frau A. Wir hatten bis jetzt nur kurzen telefonischen Kontakt, um den Termin zu vereinbaren. Sie mussten leider zwei Monate auf den Termin warten. Ich freue mich, dass wir uns jetzt endlich persönlich kennenlernen. Ich vermute, Sie sind hier, weil Sie etwas in Ihrem Leben verändern wollen. Was genau ist denn Ihr Anliegen, das Sie zu mir führt und bei dem ich Sie unterstützen kann?«	Die Therapeutin zeigt sich gut informiert. Sie hat sich vorbereitet und weiß, wie es zur Anmeldung kam. Sie ist freundlich, höflich und empathisch. Sie erwähnt schon im ersten Gesprächsbeitrag den Gedanken der Veränderung und impliziert so deren Möglichkeit, und zwar als Veränderung, die die Patientin bewirken kann (Selbstwirksamkeit). Sie nutzt das Wort »Anliegen«, um vorzubereiten, dass aus dem Problem ein Auftrag für Veränderung werden kann (zu den Begriffen »Anliegen« und »Auftrag« vgl. z. B. von Schlippe & Schweitzer, 2016). Sie weiß, dass die ersten Gespräche der Auftragsklärung und der Zielformulierung dienen werden. Sie spricht von »Unterstützung«, weil sie hier andeuten und später verständlich machen will, dass die Hauptarbeit von der Patientin selbst geleistet werden muss.
»Frau A., ich kann Ihre Sorge sehr gut verstehen, dass die Angst sich verfestigt und Sie weiterhin daran hindert, sich frei und ungezwungen überall so zu bewegen, wie Sie es bisher selbstverständlich gemacht haben. Das wäre tatsächlich eine große Einschränkung in Ihrem Leben. Die »Kugel am Bein«, so haben Sie die Angst genannt, ist ein sehr anschauliches Bild. Bitte erzählen Sie noch ein bisschen mehr darüber, wie Sie die Angst als »Kugel am Bein« erleben.«	Die Therapeutin hat gut zugehört und kann das, was sie als das Wesentliche verstanden hat, zusammenfassen (aktives Zuhören). Damit gibt sie der Patientin die Möglichkeit, ZuhörerIn ihrer eigenen Gedanken zu werden und mit Abstand zu prüfen, ob die Therapeutin sie richtig verstanden hat und ob das, was sie selbst gesagt hat, wirklich das benennt, was sie fühlt und meint. Die Therapeutin »tuned« sich in den Sprachgebrauch und die Struktur der Gedanken der Patientin ein. Sie kann ihre Feinfühligkeit an den Rückmeldungen der Patientin testen und entwickeln. Die Therapeutin äußert Anteilnahme aus der Haltung einer Beobachterin, indem sie Verständnis zum Ausdruck bringt und Partei für die Sichtweise der Patientin ergreift. Sie hat darauf geachtet, wo im Beitrag von Frau A. besonders Emotionen zum Ausdruck kamen. Sie hat nonverbale emotionale Signale registriert und sprachliche »Verdichtungen«, wie Redewendungen, Bilder und Metaphern, hinter denen sie emotionale Beteiligung vermutet, aufgegriffen. Sie fragt an solchen emotionalen »Hot-Spots« genauer nach.

»Wenn Sie einmal die letzte Woche Revue passieren lassen, gab es da auch Situationen, in denen Sie die ›Kugel am Bein‹ als weniger belastend erlebt haben?«	Dadurch, dass die Therapeutin nach Unterschieden (hier nach Veränderungen zum Positiven) fragt, impliziert sie, dass der jetzige Zustand nicht ein dauerhaft anhaltender, sondern ein sich in steter Veränderung befindender ist. Der Problemfokus führt meist zu einem »Einfrieren« der Zeit und zu einer Generalisierung des Leidens (»Es ist schlimm, war schlimm und wird immer schlimmer bleiben«). Fragen nach Veränderungen und Unterschieden sind: hypothetische Fragen, Zukunftsfragen, Fragen nach Unterschieden in Bezug auf den Ausprägungsgrad des Symptoms, Fragen nach Unterschieden in anderen Lebensbereichen, Fragen nach Unterschieden in der Vergangenheit, Skalierungsfragen, Wunderfrage usw. Sie »verflüssigen« den Problemfokus (vgl. von Schlippe & Schweitzer, 2016) und machen der Patientin deutlich, dass, wenn jetzt schon Unterschiede erkennbar sind, eine langfristige Veränderung oder gar Lösung des Problems in der Zukunft vorstellbar und erreichbar wird.
»An dem, was Sie sagen, fällt mir auf, dass Sie nicht aufhören zu versuchen, trotz der Angst aus dem Haus zu gehen. Sie sagen, dass Ihnen und Ihrer Tochter das Zusammensein mit Freunden und deren Kindern so viel mehr Spaß macht, als allein zu Hause zu sein. Das finde ich richtig großartig und bewundernswert, das zeigt Ihre Lebensfreude. Und das ist eine gute Voraussetzung dafür, dass Sie die Angst besiegen können. Aber erklären Sie mir doch noch ein bisschen genauer, wie Sie es schaffen, dass die Angst weniger wird, wenn Sie Ihre Freundin besuchen.«	Die Therapeutin bestätigt alle Aktionen der Patientin in Richtung auf Veränderung und zwar bereits den Versuch, nicht nur den Erfolg (vgl. hier auch die Motivierende Gesprächsführung; Miller & Rollnick, 2015; Kap. 3). Bestätigung verdient auch jede Art der Selbstöffnung. Die Patientin erlebt schon allein das Interesse der Therapeutin als unterstützend, das sich dann zeigt, wenn sie sie zum Weiterreden ermuntert (»Und was war dann?«). Die Frage nach Details in der Situation, als die Angst geringer wurde, dient dem Zweck der Konkretisierung und damit wiederum einer Herausarbeitung von Unterschieden (vgl. Bateson, 1987). Was die Patientin anderes getan, gedacht oder gefühlt hat, wodurch der Unterschied im Erleben entstand, liefert erste Spuren zu alternativem Verhalten oder neuen Perspektiven auf das Problem.

»Wüssten Sie eigentlich, was Sie zu tun hätten, um die Angst sozusagen absichtlich zu erzeugen?«	Zu viele Fragen nach Unterschieden könnten bei Frau A. den Gedanken nahelegen, die Therapeutin sei an ihrem Leid gar nicht interessiert oder könnte damit nicht umgehen. Zusätzlich zu Aufforderungen, problematische Situationen (z. B. für Verhaltensanalysen) zu schildern, kann diese Frage den Blick der Patientin darauf schärfen, was in ihr vorgeht, wenn die Angst entsteht. Schon die Ungewöhnlichkeit einer solchen Frage (z. B. Erickson & Rossi) kann einen Perspektivwechsel bewirken. Was die Beziehungsgestaltung anbelangt, erweitert die Therapeutin damit das Spektrum ihrer Interventionen und gelangt so über das vorhersagbare bestätigende Therapeutenverhalten hinaus. Damit erzeugt sie »Spannung«, die die Patientin »aufhorchen« lässt. Das Gespräch wird, wenn Frau A. bereit ist, sich auf eine so »freche« Frage einzulassen, engagierter und unterhaltsamer.
P: »Sie wollen doch damit hoffentlich nicht sagen, dass ich die Angst absichtlich herstelle?« T: »Ich kann mir beim besten Willen nicht vorstellen, dass Sie sich aus eigenem Entschluss in eine so unangenehme, bedrohliche und hilflose Situation bringen wollten. Ich bin mir sicher, dass Sie das niemals tun würden. Wenn ich das frage, meine ich damit, dass es Sinn macht, die Entstehung und Entwicklung der Angst einmal rückwärts zu betrachten. Dann ist es vielleicht möglich aufzuschlüsseln, was dabei eine Rolle spielt, z. B. wie Gefühle Gedanken und Gedanken Gefühle beeinflussen. Bei welchem Gedanken oder bei welcher Erinnerung ist das Gefühl der Angst denn am unerträglichsten?«	Auch hier kann nützlicher Dissens entstehen. Dann bietet sich die Chance, ohne Abwertung (und bei manchen Patient:innen ist auch die Vermutung, dass etwas »unbewusst« passiert, eine Abwertung) psychoedukativ den Gedanken der Dualität von Denken und Fühlen einzuführen. Ungewöhnliche Fragen zu stellen, überhaupt Sprache angemessen ungewöhnlich zu nutzen, wirkt sich in der Regel positiv auf die Beziehungsgestaltung aus. So gewinnt Frau A. nicht den Eindruck, die Sätze seien schon tausendmal benutzt. Die »Freiheiten«, die man sich als Therapeut:in in dieser Hinsicht selbst erlaubt, ermutigen via Modelllernen die Patientin zu mehr Selbstvertrauen im eigenen Ausdrucksverhalten. Das wiederum aktualisiert ihre emotionale Beteiligung.

»Am Ende unseres Gespräches für heute angekommen, möchte ich Ihnen zwei Fragen stellen. Gibt es etwas, was Sie gerne gesagt oder gefragt hätten und noch nicht angesprochen haben? Und: Was war für Sie heute das Wichtigste an unserem Gespräch?«

Die Patientin soll immer wieder aufs Neue die Gelegenheit bekommen, sich aktiv in den Therapieprozess einzuschalten und ihn mitzubestimmen. Entsprechende Fragen sollten offen gestellt werden, sodass Antworten auf Problembearbeitungsebene und Beziehungsebene möglich werden. Wird die Zeit am Ende der Stunde knapp, sollte die Therapeutin sicherstellen, dass sie Reaktionen und Fragen der Patientin am Anfang der nächsten Stunde anspricht.

Mit diesen oder ähnlichen Fragen am Ende des Gesprächs führt man die Patientin in eine regelmäßige Struktur der therapeutischen Sitzungen ein. Das schafft einen **sicheren (inhaltlich und ausdrucksmäßig aber variablen) Rahmen**, auf den die Patientin sich einstellen kann. Wenn die Einschätzung, was in der Stunde wichtig war, zwischen Patientin und Therapeutin unterschiedlich bewertet wird, ist die Antwort ein Hinweis auf mögliche Korrekturen des Fokus der Interventionen oder der Beziehungsklärung. Die Patientin sollte möglichst das letzte Wort haben.

Exkurs

Bestätigung ist ein wesentlicher Baustein im Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Im Bestätigen reguliert der/die Therapeut:in die jeweilige Intensität des emotionalen Ausdrucks an der wahrgenommenen Emotionalität des Patienten/der Patientin. Beim Bestätigen besteht die Passung dann darin, dass Therapeut:innen ein merkliches, aber nicht zu deutlich unterschiedliches Maß über dem emotionalen Level des Patienten/der Patientin wählen (vgl. die Begriffe »Stärkung der Annäherungstendenz« und »Bearbeitungsangebot« bei Sachse, 2006b). Bestätigung und Lob sollten hierbei kontingent auf Bemühen erfolgen, also zum Beispiel nicht davon abhängig sein, ob Patient:innen eine Situation gut oder weniger gut gemeistert haben. Bestätigung ist auch nonverbal durch einen besonderen Blick, durch eine Geste (z. B. der erhobene Daumen oder ein Kopfnicken) oder durch eine anerkennende Pause zu vermitteln.

Natürlich spielt die Therapeutenpersönlichkeit und die mögliche Extraversion im Ausdruck von Bestätigung eine große Rolle. Aber auch Therapeut:innen, für die im privaten Alltag die Aussage »Da kannst du nicht meckern« die höchste Form des Lobes und der Bestätigung ist, sollten in ihrer professionellen Rolle mit unterschiedlichen Ausprägungen im Ausdruck experimentieren. Dabei gemeinsam zu schmunzeln oder zu lachen, stärkt die therapeutische Beziehung und motiviert. Denn Humor ermöglicht es, Leiden zu relativieren und ist eine wichtige Ressource

für die Akzeptanz des Unveränderbaren. Therapeut:innen, die über sich lachen können oder Patient:innen, die über sich selbst schmunzeln, besitzen eine wertvolle Ressource für die Problemlösung: Sie können eine distanzierte Perspektive auf sich selbst einnehmen (Wild, 2016).

Fühlen sich Patient:innen in der Bestätigung jedoch nicht ernst genommen, kann das ein früher Anlass zur Beziehungsklärung werden.

P: Ich kann auf Ihre Schönrederei verzichten.

T: Es tut mir sehr leid, dass ich Sie verletzt habe. Mir ist es wichtig, dass Sie wissen, dass jeder Versuch von Ihnen, anders mit dem Problem umzugehen, und wenn es auch nur ein ganz kleines bisschen besser dadurch wird, wertvoll ist. Weil es zeigt, dass Sie sich bemühen und dass durch Ihr Zutun Veränderung möglich wird. Sehen Sie das anders?

P: Ah okay, so kann ich das jetzt besser annehmen.

Solche Situationen des »Dissens« sollten dazu genutzt werden, die Motive eines Patienten bzw. einer Patientin besser zu verstehen, um komplementär darauf reagieren zu können (s. Kap. 3). Im therapeutischen Umgang mit Dissens offenbart sich den Patient:innen die Belastbarkeit und das Engagement ihrer Therapeut:innen. Deshalb ist es wichtig, sich diesen Situationen zu stellen und nicht auszuweichen.

1.3 Fazit: Wechselwirkungen zwischen Motivierung, Expertise und Beziehungsgestaltung

Am Ende des Erstgesprächs angekommen, gehen wir zurück zu den drei Fragestellungen am Anfang:

- (1) Wie schaffen Therapeut:innen Motivation?
- (2) Wie stellen sie sich als Expert:innen dar?
- (3) Wie bauen sie einen tragfähigen emotionalen Kontakt auf?

Im dem therapeutischen Gespräch mit Frau A. lassen sich die Interventionen – beispielhaft und nicht mit Anspruch auf Vollständigkeit – auf diese drei Aspekte verteilen:

- (1) Motivierung:
 - Bestätigung, Akzeptanz, Wertschätzung verbalisieren
 - (wohlwollende und je nach Patient:in distanzierte) Anteilnahme ausdrücken
 - angemessene »Ungewöhnlichkeit« zeigen, indem klischeehaften Rollenerwartungen bewusst nicht entsprochen wird
 - auf humorvolle, persönliche Art und Weise reagieren
 - Patient:innen Unterschiede wahrnehmen lassen
 - erste (kleine) Veränderungen ermöglichen
 - therapeutische Kompetenz in die Hand des Patienten bzw. der Patientin legen und damit Selbstwirksamkeit ermöglichen

(2) Expertise:

- Sitzungen und therapeutische Prozesse gut planen, vorbereiten und strukturieren
- Patient:innen über Störungsbild und mögliche therapeutische Maßnahmen gut informieren
- Methodenkenntnis und Kompetenz im »Maßschneidern« therapeutischer Interventionen unter Beweis stellen
- Kompetenz in therapeutischer Gesprächsführung (vgl. Kap. 2): Gedanken der Veränderung früh einführen, Auftragsklärung, Fragen nach Unterschieden und Veränderungen, Problem »verflüssigen«, Fragen zur Konkretisierung, offen fragen, eigenen Sprachgebrauch an Sprache und Bildlichkeit im Ausdruck des Patienten / der Patientin ausrichten

(3) Beziehungsgestaltung:

- gut (aktiv) zuhören
- jeden Versuch in Richtung der gewünschten Veränderung bestätigen
- in Sprachgebrauch und Struktur der Gedanken eines Patienten / einer Patientin »eintunen«
- emotionale »Hot Spots« erkennen und ihnen besondere Aufmerksamkeit schenken
- Unterschiede ansprechen, ohne sie nivellieren zu wollen
- im fortschreitenden Verlauf zunehmend in Opposition zum Problemverhalten treten, d. h. konfrontieren, wenn dies im Hinblick auf die vereinbarten Ziele nötig und im Rahmen des etablierten Arbeitsbündnisses möglich ist
- offen für Beziehungsklä rung sein, ggf. auf die Metaebene gehen (»Was passiert hier und jetzt gerade zwischen uns?«)
- alle inhaltlichen Entscheidungen explizit dem Patienten bzw. der Patientin überlassen (und ggf. die Konsequenzen gemeinsam reflektieren)

Diese Aspekte sind also nicht voneinander zu trennen, sondern eng ineinander verwoben. Zunächst ist es die bestätigende Beziehungsgestaltung, die Patient:innen Sicherheit und Halt gibt. Dadurch entsteht Motivation zur Selbstöffnung. Als Expert:innen in Beziehungsgestaltung können Therapeut:innen einschätzen, wann Bestätigung allein nicht zur Veränderung führt, sondern ein wertschätzender Hinweis auf Dissens und damit Konfrontation notwendig ist. Auf dem Boden einer tragfähigen Beziehung wird die zunächst möglicherweise aversiv erlebte Konfrontation als Veränderung der Perspektive wahrgenommen (vgl. hierzu auch die speziellen Beziehungsgestaltungstechniken aus Kap. 5). Schätzen Patient:innen diese Veränderung als nützlich ein, verstärkt das die Motivation, weil zunehmend der Kompetenz des Behandlers / der Behandlerin vertraut wird. Gelingt es weiterhin, die Interventionen individuell so auf die jeweiligen Patient:innen anzupassen (»maßzuschneidern«), dass sie umgesetzt werden können, weil sie ihnen sinnvoll und ungewohnt, aber nicht fremd vorkommen, erleben die Patient:innen, dass sie selbst die Veränderung bewirken. Dann sind die Motivation zur Arbeit an der Veränderung und damit auch ein Arbeitsbündnis geschaffen.

Wichtig

In der Psychotherapie kommt es besonders auf den Umgang mit Unterschiedlichkeit an. Eine Beziehungsgestaltung, die auf Feinfühligkeit in der Wahrnehmung (Beobachtung, relative Distanz), der Akzeptanz (Bestätigung, Wertschätzung) und der Nutzung der Unterschiedlichkeit (Intervention, Konfrontation) basiert, ist tragfähig und schafft damit eine Basis für ein therapeutisches Arbeitsbündnis.

FAQ

Was mache ich, wenn mein Patient auf meine Fragen und Kommentare skeptisch reagiert und dann abschließend sagt: »Ich glaube, Sie wissen es auch nicht besser als ich«?

Grundtendenz einer Reaktion: sich nicht rechtfertigen und dem Patienten gegenüber nicht vorwürflich werden, denn er hat etwas Wichtiges erkannt! Eine mögliche Entgegnung: »Sie haben vollkommen Recht! Ich kann und möchte es auch nicht besser wissen als Sie. Was ich aber kann und möchte, ist, Sie durch meine Fragen und Kommentare dazu anzuregen, auf Ideen zu kommen, wie Sie bessere Lösungen für die Probleme, die Sie belasten, finden können. Betrachten Sie mich bitte nicht als jemanden, der Ihnen Lösungswege vorschlägt, sondern der Ihnen dabei assistiert, Ihre neuen Wege zu gehen.«

Weiterführende Literatur

- | | |
|---|---|
| <p>Frank, R. (2016). Therapieziel Wohlbefinden (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.</p> <p>Hoyer, J., Jacobi, F. & Leibing, E. (2004). Gesprächsführung in der Verhaltenstherapie. In E. Leibing, W. Hiller & S. Sulz (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3: Verhaltenstherapie (4. Aufl., S. 85–102). München: CIP-Medien.</p> | <p>Sachse, R. (2006). Therapeutische Beziehungsgestaltung. Göttingen: Hogrefe.</p> <p>Schulte, D. (1996). Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe.</p> <p>Schulte, D. (2015). Therapiemotivation. Göttingen: Hogrefe.</p> |
|---|---|

2 Schlüsselkompetenzen psychotherapeutischer Kommunikation und Beziehungsgestaltung

Frank Jacobi • Katrin Hötzel

»Was müssen gute Psychotherapeut:innen können?« ist sicherlich eine große Frage – nicht nur für diejenigen, die Psychotherapie lehren und prüfen. Kompetenzprofile stimulieren den Fortschritt der Klinischen Psychologie als Profession (EACLIPT Task Force On »Competences of Clinical Psychologists«, 2019). Wir möchten an dieser Stelle auf die Arbeit einer 2020 durch das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (impp) initiierte Expert:innenkommission hinweisen, die sich mit dem Bereich »Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung« auseinandergesetzt hat. Ergebnisse daraus präsentieren wir hier. Unser Ziel dabei ist es, dafür zu sensibilisieren, dass im Grunde allein in diesem Bereich die Anforderungen an Psychotherapeut:innen sehr umfangreich sind.

Nach der Novelle des Psychotherapeutengesetzes 2020 sollen nach dem Studium frisch Approbierte bereits »fit for the first day« sein, um unmittelbar klinisch arbeiten zu können. Sie sollen ein großes Kompetenzprofil für den Kernbereich heilkundlicher psychotherapeutischer Tätigkeit vorweisen und sogenannte EPAs (*Entrustable Professional Activities*) selbstständig durchführen können. EPAs bezeichnen therapeutische Tätigkeiten, die entsprechend der erworbenen Kompetenz Studierenden im neuen Approbationsstudium sowie Therapeut:innen in der alten Aus- und neuen Weiterbildung anvertraut und übertragen werden. Diese EPAs sollen den Ausgangspunkt dafür darstellen, im Beruf im Rahmen von Weiterbildung weitere Behandlungskompetenzen, z. B. zur eigenverantwortlichen, leitliniengerechten Anwendung von psychotherapeutischen Verfahren, zu erwerben.

Kompetenzhierarchie bei Kliniker:innen und deren »verborgene Seite« der Vulnerabilität

Spätestens seit den 1990er Jahren gewinnt *Kompetenzorientierung* in akademischen Studiengängen, insbesondere in medizinischen und mit etwas Verzögerung auch in psychotherapeutischen Ausbildungen (einschließlich des neuen Psychotherapiestudiums), zunehmende Bedeutung. Die Operationalisierung von »Wissen« und »Können« wurde und wird weiter differenziert und in Lernziele übersetzt. Miller (1990) benutzt in seinem einflussreichen Artikel *The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance* das Bild einer Pyramide, in der Kompetenzen hierarchisch geordnet werden (Abb. 2.1): Entlang von Faktenwissen (*knows*), Handlungs-, Entscheidungs- und Begründungswissen (*knows how*) über prinzipielle Handlungs-

kompetenz (*shows*) bis hin zum souveränen routinemäßigem Alltagshandeln (*shows and does*). Es geht folglich also nicht nur um eine reine Wissensabfrage, sondern letztlich um die praktische Umsetzung bzw. Anwendung des erworbenen Wissens.

Diese Pyramide hat auch eine »dunkle Seite« der Nicht-Kompetenz. Ferguson (2021) weist hierauf im Kontext der kollegialen ärztlichen Begutachtung und Unterstützung hin, wie sie in England mit sogenannten *Appraisal Services* gepflegt wird, um die ärztlichen Kompetenzen kontinuierlich während der beruflichen Entwicklung aufrechtzuerhalten bzw. zu fördern (Brennan et al., 2017; vgl. »Supervision und Intervention« sowie Qualitätssicherung und unethisches Verhalten in Kap. 81). Bestenfalls erkennt man bei sich, wenn ein professionelles Problem bzw. eine Kompetenzlücke vorliegen, und kann dies reflektieren und selbst beheben. Sollte man nicht eigenständig zu einer Lösung finden, kann Unterstützung hinzugezogen werden. Kritisch ist es, wenn derartige Probleme verleugnet und verdrängt werden. Wenn – z.B. in (ungünstig verlaufenden) ärztlichen Coachings oder in dysfunktionaler psychotherapeutischer Supervision und Selbsterfahrung – eher auf einer vordergründigen Ebene »Spielchen gespielt« als tiefgründigere Problembearbeitung vorangetrieben wird, ist dies wiederum stark mit Burnout assoziiert.

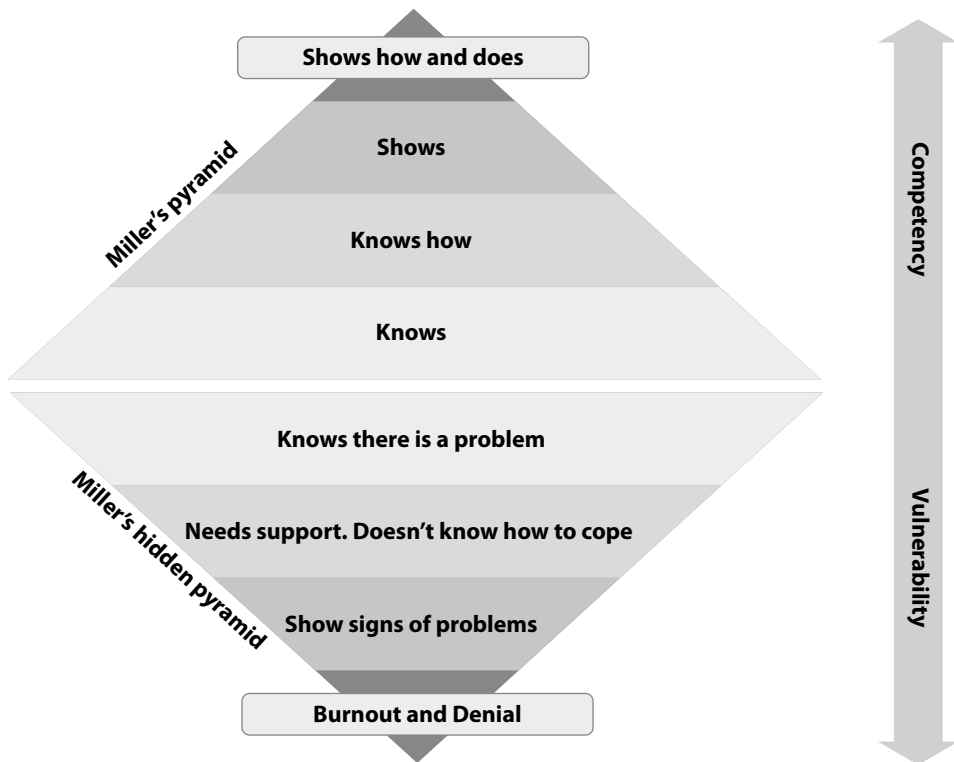


Abbildung 2.1 Pyramide von Kompetenzen und Vulnerabilitäten bei Kliniker:innen (Ferguson, 2021)